

RAMA JUDICIAL



JUZGADO DÉCIMO ADMINISTRATIVO DE ORALIDAD DEL CIRCUITO DE CALI

SENTENCIA No. 128.

PROCESO: 76-001-33-33-010-2015-00425-00
DEMANDANTE: GLADYS RIOS CARDONA y Otros
DEMANDADO: HOSPITAL PSIQUIATRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE
LLAMADA EN GARANTÍA: PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS
MEDIO DE CONTROL: REPARACIÓN DIRECTA

Santiago de Cali, agosto cuatro (4) de dos mil veintidós (2022)

OBJETO DE LA PROVIDENCIA:

Proferir sentencia de primera instancia en el medio de control de Reparación Directa instaurado por Gladys Ríos Cardona, Sigifredo Piedrahita Betancourt, Sandra Patricia Macias Ríos y Johan Manuel Ocampo Ríos en nombre propio por intermedio de apoderado judicial, contra el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle ESE.

I. ANTECEDENTES:

1.1 DECLARACIONES Y CONDENAS:

PRIMERO. Que se declare que el Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle ESE es administrativamente responsable por los daños y perjuicios causados a los demandantes como consecuencia del fallecimiento del señor Jhon Eduwin Piedrahita Ríos derivada presuntamente de la deficiente atención medica suministrada al señor Carlos Alfredo Piedrahita.

Como consecuencia de la anterior declaración, solicita se condene a la entidad a pagar a los demandantes las siguientes sumas de dinero:

PERJUICIOS MATERIALES.

Daño emergente.

La suma de \$1500.000 equivalente al ingreso mensual que percibía el señor Jhon Eduwin Piedrahita Ríos al 24 de octubre de 2013.

Lucro cesante futuro.

El cual se deberá liquidar con base en los 31 años y 7 meses que tenía Jhon Eduwin Piedrahita Ríos cuando murió y su expectativa de vida según las tablas de supervivencia de la Superintendencia Financiera.

PERJUICIOS INMATERIALES.

Perjuicios morales.

Para cada uno de los demandantes la suma de 100 SMLMV

Que la entidad dé cumplimiento a la sentencia dentro de los 30 días siguientes a su ejecutoria.

La demanda se fundamenta en síntesis en los siguientes

1.2 HECHOS:

Refiere que en el año 2009 Carlos Alfredo tuvo controles regulares y en junio de 2012 asistió a cita psiquiátrica, conforme se ve en la atención de agosto de 2013.

Que el señor Carlos Alfredo Piedrahita Ríos el 25 de junio de 2013¹ (SIC) a eso de las 8:00 de la noche apuñaló a su hermano Jhon Edwin Piedrahita Ríos en el costado izquierdo, fracturándole una costilla e hiriéndolo en el abdomen; quien fue llevado de urgencias al Hospital Universitario del Valle de la ciudad para ser dado de alta al tercer día después de una intervención quirúrgica. En la misma fecha fue ingresado por su padre al hospital psiquiátrico por presentar crisis de agitación psicomotora severa con manifestaciones de gran agresividad, ideación delirante con su hermano fallecido manifestando: “es que Dios me dice que el violaba a mi hija”.

¹ 24 de octubre de 2013

El miércoles 14 de agosto de 2013, cincuenta y un días después de su hospitalización se dispuso su salida del hospital psiquiátrico para que continuara su tratamiento ambulatorio, con cita de control con la especialidad de psiquiatría a los quince días; al considerar: *“mejoría clínica con buena tolerancia a medicamentos, recibió 6 sesiones de TEC buena respuesta, actualmente sin síntomas psicóticos con comportamiento organizado.”*

A los dos meses, doce días, del tratamiento psiquiátrico ambulatorio, esto es, 24 de octubre de 2013, a eso de las 8:40 de la noche, en la casa de habitación de su señora madre Gladys Ríos, Carlos Alfredo de nuevo agredió violentamente a su hermano Jhon Edwin asestándole una puñalada cerca al corazón, ocasionándole la muerte, e intentando suicidarse. En la misma fecha la URI de la fiscalía general de la Nación de oficio inició investigación por el homicidio agravado, del que fue víctima Jhon Edwin Piedrahita Ríos.

Carlos Alfredo por su autoría en el homicidio de su hermano fue hospitalizado nuevamente en el hospital psiquiátrico; establecimiento en el cual aún se encuentra con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada.

Que su familia no se siente capaz de convivir con él por la preocupación latente al creer que persistirá el clima de terror y violencia familiar, como que, la esquizofrenia indiferenciada con 14 años de evolución, con historial clínico de agresividad, ideas suicidas y homicidas, además de antecedentes legales, así lo permiten deducir, porque ha amenazado que acabará con todos los integrantes de su familia, pues tiene la ideación delirante que han abusado o violado a su hija Nicole Marcela, quien a la fecha tiene 11 años de edad, fruto de la unión marital de hecho con su compañera que los abandonó física y moralmente desde hace diez años; siendo inclusive ésta una de las razones de haberse encerrado en la casa de sus padres a consumir sustancias psicoactivas, con antecedente de consumo de cigarrillos, marihuana, cocaína, pepas, desde los 14 años. Consumo antedicho que originó en Carlos Alfredo el proceso de sintomatología psicótica, consistente en delirios persecutorios referenciales y desorganización en el comportamiento, de conformidad con la epicrisis del 14 de agosto de 2013.

Del proceso por homicidio agravado conoce la Fiscalía 26 seccional Unidad de Vida de Cali, SPOA con radicación 760016000193201330884. En ese proceso el Instituto de Medicina Legal rindió informe pericial GRCOPPF- DRSCC DTE-260-2014 donde ratificó el diagnóstico del hospital psiquiátrico manifestando que el mismo padece esquizofrenia

indiferenciada.

El 3 de diciembre de 2013, Sandra Patricia Ríos, en condición de hermana de Carlos Alfredo, formuló denuncia en su contra por el delito de violencia intrafamiliar ante la fiscalía general de la Nación en Cali bajo noticia criminal 760010000879201304572; previendo una posible salida de Carlos Alfredo del Hospital Psiquiátrico que pondría en grave peligro la integridad de su hija menor de edad Nicole Marcela, su madre, demás familiares, allegados y vecinos.

1.3 FUNDAMENTOS DE DERECHO

La parte actora fundamenta su demanda en las siguientes disposiciones:

Artículos 2, 26, 90,91 de la Constitución Política.

Exponen que la entidad demandada no tomó las debidas precauciones y su conducta fue omisiva, negligente y poco cuidadosa al concederle a Carlos Alfredo el tratamiento ambulatorio en casa, pues, era previsible que, en razón a su cambio de comportamiento incurriera en el aumento de sus niveles de agresividad.

Se cuestionan porque la entidad demandada no tomó las medidas necesarias, cuando era previsible una recaída, suministrando una dosis más alta de los medicamentos recetados o internando al paciente en la unidad de cuidados especiales, ante las graves agresiones y violencia intrafamiliar de las que era responsable y por lo mismo merecedor de una vigilancia más acentuada en razón a su historial clínico.

De igual forma se interrogan si se adoptaron las precauciones relacionadas con la mayor carga de solidaridad, habida cuenta del compromiso de cuidar y tratar la salud mental de Carlos Alfredo, quien por sus niveles de agresión generaba un posible riesgo social y personal.

En su sentir la actividad desplegada por el centro hospitalario en mención conlleva a concluir la presencia de una responsabilidad civil extracontractual conforme el art. 2341 del código civil, a causa de la culpa por omisión en la acción, al no actuar de conformidad con la responsabilidad asumida ante la sociedad, el disminuido mental, su familia y el Estado; pues tenía además la obligación de salvaguardarlo de sí mismo y a la sociedad en razón a su estado agresivo, manteniéndolo en sus instalaciones, confinándolo en la unidad de cuidados especiales con el correspondiente suministro de

medicamentos de tipo sedante y antipsicótico, garantizando así su permanente estadía en el centro de salud mental.

Que, de haber obrado el centro hospitalario con absoluta diligencia y cuidado, el jueves 24 de octubre del 2013, el señor Carlos Alfredo habría estado bajo efecto de medicamentos, “controlado” en su patología mental y su bienestar en cuanto a la salud síquica no habría conllevado a la muerte de su hermano en las circunstancias en que falleció.

La omisión en la acción del hospital psiquiátrico hizo que su conducta sea próxima, eficiente y apta en la producción del hecho perjudicial, pues, no se vislumbra una absoluta diligencia y cuidado en la vigilancia de Carlos Alfredo y la existencia de una causa extraña en la producción del hecho, consecuencia de su tratamiento mental en casa, como que, en el estado actual de la ciencia, los mecanismos para responder a situaciones problemáticas generadas por pacientes con cuadros clínicos de alta agresividad estaban a disposición de la entidad demandada.

Que a pesar de que la nueva concepción del tratamiento es la de ser tratado, en lo posible, dentro de su propio entorno social, a partir de un trabajo mancomunado de los médicos y la comunidad de la que proviene el paciente, con lo ocurrido, fuerza concluir que ésta unión de esfuerzos o intereses para atenuarla, estabilizarlo o recuperarlo no produjo los efectos esperados y por el contrario perdió su relación con el entorno y su autoestima, requiriendo continuar con el tratamiento psiquiátrico, no sólo para la época de los hechos Junio-octubre 2013, sino bajo hospitalización permanente, como que, a la fecha sigue internado desde el 24 de octubre del 2013 día del grave hecho punible, con su autor inimputable.

Aducen que el hospital psiquiátrico no reconstruyó un medio social que le fuera favorable a Carlos Alfredo antes y después de su salida, el 26 de junio de 2013; es decir, no hubo una intervención psicosocial y educativa con la familia del paciente, con el objeto de sensibilizarla e instruirla acerca del trato y manejo de una esquizofrenia indiferenciada, tipo de enfermedad psicótica caracterizada por ser crónica, agresiva, progresiva, irreversible y deteriorante; falencia que explica las grandes dificultades sufridas por sus padres y hermanos en la convivencia con este; lo que, además, tuvo una gran influencia en su recaída el jueves 24 de octubre de 2013, no obstante el ambiente hogareño y atmósfera familiar positiva.

La entidad demandada, a pesar del delicado cuadro clínico que presentaba el paciente,

consideró oportuno permitirle el tratamiento ambulatorio, aún a pesar del peligro que representaba por su agresividad, pues, entre otras patologías mentales, presentaba una perturbación psicológica consistente en ideación delirante de tipo paranoide con ideación de muerte en relación con su hermano, a quien ya había herido gravemente el martes 25 de junio de 2013, por lo cual su juicio y raciocinio se encontraban comprometidos.

Consideran que no es posible imputar el daño a Carlos Alfredo por la muerte violenta de su hermano, puesto que se trata de un paciente psiquiátrico bajo atención médica o control por parte del Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E; por lo tanto, esa institución asumió la posición de garante respecto de la vida, integridad del enfermo, su conducta y consecuencias.

La ausencia de medidas de prevención adoptadas y la grave patología padecida, aunada a la certeza del diagnóstico, que revelaba un inminente riesgo de atentar contra sí mismo o contra algún miembro de su familia, hacen insuficientes los esfuerzos médicos para garantizar que no ocurriera la muerte de Jhon Edwin.

Que darle manejo ambulatorio el miércoles 14 de agosto 2013 determinó la concreción de una falla en el servicio, derivado de la restricción de un adecuado y necesario tratamiento, cuyo control había sido asumido por el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, razón por la cual la determinación de acabar con la vida de su hermano y las consecuencias le son atribuibles a la institución mental por tratarse de un paciente que requería atención especializada y control para evitar su agudización.

Se presentó una falla en el servicio de salud, que desencadenó un daño antijurídico que Jhon Edwin como víctima no se encontraba en el deber jurídico de soportar, por ende, el Hospital Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, debe ser condenado al resarcimiento de los perjuicios pretendidos.

De la historia clínica se colige que el tratamiento dispuesto a Carlos Alfredo no fue eficaz y se restringió su tratamiento adecuado, ligereza que posibilitó el agravamiento del cuadro clínico padecido ante la inasistencia oportuna y ayuda psiquiátrica que tanto requería, circunstancias que dejaron el camino expedito para que cometiera un homicidio.

El comportamiento censurado fue el detonante del perjuicio sufrido porque el Hospital

Departamental Psiquiátrico Universitario del Valle E.S.E, incurrió en culpa por omisión en la acción generando la obligación del resarcimiento por haber lesionado con su falla en el servicio mediante sus especialistas, el derecho primario de Jhon Eduwin a la protección o defensa del derecho a la vida.

2 CONTESTACIÓN DE LA DEMANDA

2.1 HOSPITAL PSIQUIÁTRICO UNIVERSITARIO DEL VALLE ESE.

La entidad demandada se opone a las pretensiones de la demanda.

En su defensa expuso que es cierto que una vez estabilizado el paciente y superada su crisis como consecuencia de su patología de base, se dieron criterios de salida como fueron la buena respuesta clínica al manejo farmacológico y a las terapias electroconvulsivas, la ausencia de síntomas psicóticos y la mejoría de su comportamiento. Aclara que, aunada la orden de control por consulta externa, también le fueron ordenados medicamentos para que continuara el tratamiento, no obstante, desconoce si el paciente tomó los mismos, toda vez que pese a la orden medica y a la programación de control, el paciente no asistió como se ve en su historia clínica y que en el mes de octubre de 2013 reingresó.

Manifiesta que la mayoría de sus pacientes son rechazados por su familia y eso hace que tengan una red de apoyo deficiente, lo que genera que el tratamiento para la estabilización de sus patologías también lo sea.

Precisa que la parte accionante cae en una notable contradicción en sus argumentaciones, pues de la historia clínica del paciente se denota que durante sus múltiples hospitalizaciones nunca tuvo una red de apoyo familiar que pudiera garantizar la estabilización de la sintomatología que generan sus patologías de base, luego entonces no pueden pretender que sea la institución prestadora del servicio de salud quien supla las necesidades del paciente.

Que resulta diáfano concluir que la falta de seguimiento en el tratamiento en casa no permitió la continuidad de la mejoría del señor Piedrahita pues el mismo no fue llevado a sus controles como fue ordenado por el personal especialista.

Que resulta imposible para el equipo multidisciplinario que atendió al señor Carlos Alfredo efectuar el seguimiento del paciente durante la permanencia en su hogar.

Que intuye la ausencia en la toma de los medicamentos, que es uno de los factores determinantes para que una persona con las patologías del señor Piedrahita entre en crisis y genere una nueva hospitalización.

Que la parte accionante pretende que la dicha institución sea un hogar de reclusión y que inmovilice a sus pacientes para que no interactúen y puedan tener una mejoría en su entorno social y como consecuencia una vida digna.

Que actualmente los mecanismos de reclusión en hospitales psiquiátricos se han abolido de la ciencia medica actual y por ello no se aplican hoy en día, pues van en contravía de los derechos humanos y los mismos protocolos establecidos internacionalmente.

Presentó como excepciones las que denominó: inexistencia del nexo causal y consecuente ausencia de responsabilidad e incumplimiento del paciente y familia al tratamiento médico.

2.2. LLAMADA EN GARANTÍA PREVISORA S.A COMPAÑÍA DE SEGUROS

Se opone a los argumentos expuestos con la demanda.

Indica que el hospital psiquiátrico actuó conforme a derecho teniendo en cuenta que el paciente Carlos Alfredo fue dado de alta una vez se encontraba recuperado de sus ideas psicóticas por lo que no era viable en ese momento postergar su permanencia en ese centro médico ya que estaría cometiendo una conducta penal.

Que conforme la historia clínica del paciente, el mismo no contaba con red de apoyo familiar y existía poco seguimiento al tratamiento en casa.

Propuso como excepciones las que denominó: inexistencia de la relación de causalidad, falta de legitimación en la causa por pasiva y genérica o innominada.

Sobre el llamamiento en garantía: aplicación del valor asegurado, inexistencia de cobertura y la innominada.

3 TRAMITE DE LA DEMANDA.

Admitida la demandada y surtida la notificación a la entidad demandada, se citó a audiencia inicial en la que se decretaron pruebas. Una vez practicadas se cerró el debate probatorio y se dispuso que los alegatos de conclusión fueran presentados por escrito, ante la falta de disponibilidad de salas para programar la audiencia de alegaciones y juzgamiento.

4 ALEGATOS DE CONCLUSIÓN

4.1 PARTE ACTORA

Reitera que el comportamiento censurado fue dar al paciente de alta, lo que consideran restringió el tratamiento adecuado y especializado cuya ligereza posibilitó el agravamiento del cuadro clínico padecido y despejó los obstáculos para su ideación homicida, siendo este el detonante del perjuicio sufrido.

Que en ningún momento el personal del hospital psiquiátrico instruyó y capacitó a su familia sobre el trato y manejo que se le debía dar al señor Carlos Alfredo.

Que por una situación de austeridad la entidad demandada envió al paciente a casa de su padre sin haber previsto las consecuencias a todas luces previsibles, recuerda que si bien la familia tiene un deber de solidaridad también tiene sus límites, los cuales a esa fecha ya habían sido superados con una tentativa de homicidio y homicidio en su hermano y tentativa de homicidio en su madre.

Recalcan que el tratamiento del paciente debió ser intrahospitalario y no ambulatorio como lo afirmó el perito de medicina legal y ciencias forenses de septiembre de 2014.

Ponen de presente que por la tentativa de homicidio de su madre fue condenado por el Juzgado 16 Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Cali a pena de 8 años y 4 meses de prisión. Por el homicidio de su hermano fue condenado por el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Conocimiento de Cali a 72 meses de internación en el pabellón psiquiátrico adscrito al Inpec. Que en la condena contra la tentativa de homicidio de su madre se desconoció su calidad de inimputable y comparte la celda con otros internos, agudizándose más su enfermedad mental.

4.2 PARTE DEMANDADA

Que de acuerdo a la historia clínica del paciente se tiene que tuvo su primera

hospitalización en ese centro medico desde el 09 al 18 de diciembre de 2008, con historia de 02 años de evolución, con diagnóstico de síndrome de esquizofreniforme, inició manejo farmacológico con haloperidol, biperideno y levomepromazina. Posteriormente asistió a controles por consulta externa durante los años 2009, 2010 y 2011, periodos en lo que se describe mala adherencia al tratamiento y pobre red de apoyo, denotado además por su intermitencia al asistir a los controles. Regresó el 25 de junio de 2013, requirió hospitalización hasta el 14 de agosto de 2013 diagnosticado con Esquizofrenia indiferenciada, durante dicha estadía recibió terapias electroconvulsivas, ultima instancia en tratamiento psiquiátrico. El 14 de agosto de 2013 fue dado de alta, dada su buena evolución al tratamiento instaurado y no presentar síntomas agudos; a su egreso se dieron indicaciones de consulta externa con la especialidad en psiquiatría en 15 días y orden de medicamentos, esto es, clozapina 400 mg día, pipotiazina ampolla y levomepromazina.

Que pese a las ordenes medicas entregadas a la familia del paciente con quien egresó, no se solicitó nunca la cita de control ordenada y mucho menos en el tiempo en que el tratante lo indicó; por el contrario, el hospital psiquiátrico revaloró al paciente cuando regresó el 25 de octubre de 2013 nuevamente por urgencias, es decir, dos meses después de su ultimo egreso, el cual fue recibido por el Dr. Ballesteros quien manifestó: *“Se trata de un paciente conocido en la institución con dos hospitalizaciones previas, actualmente con síntomas esquizofreniformes, delirios místicos, de grandeza de referencia, de trasmisión del pensamiento, alucinaciones visuales que por tiempo de evolución y características consideramos son consecuentes con DX esquizofrenia indiferenciada, desde su última hospitalización NO ASISTE A CONTROLES Y NO HAY ADHERENCIA AL TRATAMIENTO.*

Advierte que el paciente fue trasladado el 09 de septiembre de 2014 para valoración a medicina legal y estuvo en el centro medico hasta el 16 de diciembre de 2015.

En la audiencia de testimonio la Dra. Juliana Galindo refirió que la orden de egreso de paciente se dio ante la buena evolución del paciente, quien ya no tenía síntomas psicóticos ni riesgo de auto ni hetero agresión. Quien aclaró que los pacientes no pueden estar hospitalizados siempre, que esto se usaba hace muchos años, pero que hoy ya no hace parte de los protocolos. Indicó que la familia es un factor determinante para que el paciente tenga adherencia al tratamiento farmacológico ordenado y que los controles que se ordenan también son fundamentales porque allí se hace seguimiento y pueden surgir cambios en los medicamentos del paciente que el paciente deba tomar. Que el Dr. Ballesteros atendió en el servicio de urgencias al paciente el 25 de octubre

de 2013 y fue quien efectuó su valoración como perito del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, quien al preguntarle si un paciente psiquiátrico debe permanecer hospitalizado siempre, manifestó que de acuerdo a la Ley de discapacidad y el modelo de psiquiatría actual el paciente DEBE REINGRESAR A LA SOCIEDAD FUNCIONALMENTE. De igual forma, fue reiterativo al indicar que la FAMILIA TIENE EL ROL DE VIGILAR EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE CUANDO ESTE NO SE ENCUENTRA HOSPITALIZADO, pues la responsabilidad recae en el rol de apoyo que es la familia, PUES EL PACIENTE DE LA PUERTA HACIA ADENTRO ES RESPONSABILIDAD DEL CENTRO HOSPITALARIO, PERO POR FUERA NO PUEDEN SABER SI EL PACIENTE ESTA EN CRISIS Y CARLOS ALFREDO SOLO INGRESABA POR URGENCIAS EN SITUACIONES DELICADAS.

Respecto a las crisis de un paciente psiquiátrico refirió: que las mismas no se presentan súbitamente, siempre se muestran cambios paulatinos en el comportamiento, los cuales son explicados a la familia, a quienes el equipo de hospitalización (trabajo social, psiquiatras y residentes) brinda psicoeducación y explican los signos y síntomas de alarma para re consultar.

Frente al dictamen pericial que éste profesional le practicó en septiembre de 2014, indicó que lo hizo el 09 de septiembre de 2014 cuando este se encontraba internado en el Hospital psiquiátrico recomendando que por la situación clínica al momento de la valoración debía continuar el manejo psicofarmacológico intrahospitalario por cuanto *“persiste con síntomas psicóticos importantes pese a la dosis alta de medicamentos y al riesgo que pueda representar para la familia, ya que luego de la muerte del hermano que era el principal sujeto de referencia psicótica ya se evidencia que actualmente los delirios los está desplazando a otros miembros de la familia, lo que puede representar riesgo para estos”*. Especialmente anota dentro de su dictamen: *“se reporta una segunda hospitalización en el año 2013 en el mes de agosto cuando traen luego que se agrede con objeto cortopunzante a su hermano a nivel abdominal, en el marco de delirios sistematizados de tipo referencial, donde argumenta que su hija es víctima de abuso sexual constante por parte de su hermano, evidenciando no solo los delirios sino compromiso severo a nivel de su percepción, con alucinaciones visuales y auditivas que afectan severamente su realidad, en esta oportunidad le dan el diagnostico de esquizofrenia indiferenciada y le instaran manejo farmacológico y por lo arraigado de los delirios requirió seis sesiones de terapia electroconvulsiva, luego de los cuales desaparece totalmente la sintomatología y dan egreso HACIENDO ÉNFASIS EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO, PERO POR LA NULA CONSCIENCIA DE LA ENFERMEDAD DEL EXAMINADO, ABANDONA EL TRATAMIENTO Y RETOMA AL*

CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”.

Finalmente, la Dra. Sandra Viviana Ríos argumento que los criterios de egreso del paciente para el 14 de agosto de 2013 consistieron en:

- Riesgos inexistentes de agresión a terceros y así mismo
- Resolución de los síntomas
- Red de apoyo – la familia asistió y recibió instrucciones

De igual forma expuso que la mejoría del paciente fue 4 o 5 días previos a esa fecha.

Con base en lo expuesto concluyó que:

- ✓ No hubo colaboración de la familia para ingerir medicación durante el tratamiento farmacológico del paciente, lo que, de acuerdo a las estadísticas científicas en el manejo de las patologías psiquiátricas, pudieron incidir de manera determinante en la mala adherencia al tratamiento del paciente
- ✓ La red de apoyo de la familia es determinante en el tratamiento de las enfermedades mentales y en toda la historia clínica se describió “pobre red de apoyo”.
- ✓ El señor Carlos Alfredo Piedrahita tuvo ordenes de citas de control en cada egreso del hospital psiquiátrico, especialmente posterior al egreso del 14 de agosto de 2013, punto de controversia en la litis, pero ni el paciente o familia solicitaron la cita, lo cual fue verificado por a Subgerente científica del hospital con el centro de agenda de citas.
- ✓ Se dio el manejo adecuado en todas las hospitalizaciones, incluso el paciente cuando requirió terapia electroconvulsiva, estas fueron suministradas y prueba de ello es la mejoría que presentaba durante el tratamiento intrahospitalario.

Enfatiza en que la entidad demandada puso a disposición del paciente todo el recurso humano especializado y que el fallecimiento de su hermano dos meses después del egreso no pudo ser advertido por dicho centro médico, pues fue fuera de sus instalaciones.

4.3 LLAMADA EN GARANTIA PREVISORA S.A

Considera que la conducta de la institución hospitalaria estuvo apegada a los procedimientos de orden medico para el tratamiento del paciente pues era absurdo que

tuviera la obligación de retenerlo de manera permanente una vez se encontraba adecuado al medio, tal como fue expuesto por los médicos Juliana Galindo Álvarez, Gustavo Adolfo Ballesteros y Sandra Viviana Ríos.

Considera que lo que se presentó en el paciente fue falta de adherencia al tratamiento formulado.

Enfatiza que la muerte del hermano del señor Carlos Alfredo no tiene ninguna relación con la conducta de la entidad demandada puesto que si se revisa detenidamente la historia clínica del paciente y su proceso de enfermedad mental se puede observar claramente que hubo atención del paciente dentro de los términos médicos del caso, con observancia de la literatura medica sobre la esquizofrenia indiferenciada con desenlace fatal que no puede ser atribuido a las atenciones brindadas en el hospital psiquiátrico. En consecuencia, al no probarse la falla del servicio las pretensiones deben ser negadas.

5. MINISTERIO PÚBLICO

No rindió concepto.

6. PROBLEMA JURIDICO

¿Es administrativamente responsable la entidad demandada por no brindarle atención intrahospitalaria al señor Carlos Alfredo Piedrahita Ríos desde el 14 de agosto de 2013?

Las excepciones propuestas de inexistencia del nexo causal y consecuente ausencia de responsabilidad, incumplimiento del paciente y familia al tratamiento médico y falta de legitimación en la causa por pasiva se resolverán con el fondo del asunto.

El Despacho considera que no hay lugar a declarar ninguna excepción de oficio por tanto la genérica o innominada queda despachada desfavorablemente.

En caso de que se accedan a las pretensiones a la demanda se analizaran las excepciones del llamamiento en garantía, esto es, aplicación del valor asegurado e inexistencia de cobertura.

Para resolver el problema jurídico se abordará lo referente al régimen de responsabilidad aplicable, de los hechos probados y el caso concreto.

6.1 RÉGIMEN DE RESPONSABILIDAD APLICABLE AL CASO CONCRETO:

La denominada falla del servicio, puede derivarse por retardo, irregularidad, ineficacia o ausencia de servicio por parte de la Administración, título de imputación de la responsabilidad del Estado cuya noción ha precisado el máximo Tribunal de lo Contencioso Administrativo en variada jurisprudencia, como, por ejemplo:

“La Sala de tiempo atrás ha dicho que la falla del servicio ha sido, en nuestro derecho, y continúa siendo, el título jurídico de imputación por excelencia para desencadenar la obligación indemnizatoria del Estado; en efecto, si al Juez Administrativo le compete - por principio - una labor de control de la acción administrativa del Estado y si la falla del servicio tiene el contenido final del incumplimiento de una obligación a su cargo, no hay duda que es ella el mecanismo más idóneo para asentar la responsabilidad patrimonial de naturaleza extracontractual.

También ha sostenido que el mandato que impone la Carta Política en el artículo 2º. inc. 2º., de que las autoridades de la República están instituidas para proteger a todas las personas residentes en Colombia, en sus vidas, honra, bienes, creencias y demás derechos y libertades..., “ debe entenderse dentro de lo que normalmente se le puede exigir a la administración en el cumplimiento de sus obligaciones o dentro de lo que razonablemente se espera que hubiese sido su actuación o intervención acorde con las circunstancias tales como disposición del personal, medios a su alcance, capacidad de maniobra etc., para atender eficazmente la prestación del servicio que en un momento dado se requiera.”

Es que las obligaciones que están a cargo del Estado - y por lo tanto la falla del servicio que constituye su trasgresión -, han de mirarse en concreto, frente al caso particular que se juzga, teniendo en consideración las circunstancias que rodearon la producción del daño que se reclama, su mayor o menor previsibilidad y los medios de que disponían las autoridades para contrarrestarlo.

Se le exige al Estado la utilización adecuada de todos los medios de que está provisto, en orden a cumplir el cometido constitucional en el caso concreto; si el daño se produce por su incuria en el empleo de tales medios, surgirá su obligación resarcitoria; si el daño ocurre, pese a su diligencia, no podrá quedar comprometida su responsabilidad”².

En materia de atención en salud mental la Ley 1306 de 2009 estipuló lo siguiente:

“Artículo 20. Libertad e internamiento. Las personas con discapacidad mental absoluta gozarán de libertad, a menos que su internamiento por causa de su discapacidad sea imprescindible para la salud y terapia del paciente o por tranquilidad y seguridad ciudadana.

El internamiento de los pacientes será de urgencia o autorizado judicialmente.

Parágrafo. *La libertad de locomoción que se reconoce en el presente artículo incluye la posibilidad de trasladarse a cualquier lugar del país y del exterior, para lo cual, las autoridades proporcionarán los documentos y el apoyo que sea necesario para el efecto y tomarán referencia de su ubicación únicamente para efectos de su protección*

Artículo 21. Internamiento psiquiátrico de urgencia. *Los pacientes con discapacidad mental absoluta solamente podrán internarse en clínicas o establecimientos*

² Consejo de Estado, sentencia de noviembre 30 de 2006, C.P. Alier Hernández Enríquez, Exp. 16626.

especializados por urgencia calificada por el médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto o del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

El director de la clínica o establecimiento deberá poner en conocimiento del Instituto de Bienestar Familiar, dentro de los cinco (5) días hábiles siguientes, el ingreso del paciente internado de urgencia, relacionando los datos sobre identidad del paciente, estado clínico y terapia adoptada.

Parágrafo. *El internamiento de urgencia no podrá prolongarse por más de dos (2) meses, a menos que el Juez lo autorice de conformidad con el artículo siguiente.*

Artículo 22. Internamiento psiquiátrico autorizado judicialmente. *Cuando la situación no fuere de urgencia, corresponderá al Juez de Familia autorizar el internamiento de carácter psiquiátrico de las personas con discapacidad mental absoluta. Esta autorización estará precedida de concepto del médico tratante o un perito del organismo designado por el Gobierno Nacional para el efecto sobre su necesidad o conveniencia para el paciente.*

El Juez ordenará el internamiento en instituciones adecuadas y que cuenten con los medios para la atención y terapia del paciente, según la entidad de la enfermedad.

Artículo 23. Temporalidad del internamiento. *La reclusión preventiva por causas ligadas al comportamiento es una medida temporal que no excederá de un (1) año, pero podrá ser prorrogada indefinidamente por lapsos iguales. Toda prórroga deberá estar precedida del concepto del médico tratante o perito, quien dejará constancia de haber observado y evaluado al paciente dentro de los treinta (30) días anteriores a la fecha de rendición del concepto.*

Parágrafo. *El Juez, a petición de quien ejerza la guarda o de oficio, solicitará el concepto médico para la renovación de la autorización de internamiento o para disponer la salida, dentro de los treinta (30) días anteriores al vencimiento del término de esta.*

Artículo 24. Fin del internamiento. *El internamiento psiquiátrico cesará en cualquier momento en que se establezca pericialmente que las causas que la motivaron han desaparecido.*

Vencido el término del internamiento, se dispondrá que este cese, a solicitud de cualquiera, incluso del paciente, siempre que no se ponga en riesgo el bienestar de la persona con discapacidad mental absoluta, la seguridad del grupo familiar o de la población.

Las solicitudes de cesación del internamiento y los recursos se resolverán dentro de los términos previstos para la decisión de las acciones de tutela y dará lugar a la responsabilidad prevista en dicha normatividad para el vencimiento injustificado de los plazos.

Artículo 40. Reglas de competencia. *Los numerales 6, 7, 8 y 9 contenidos en el artículo 5° del Decreto 2272 de 1989, quedarán así:*

6. *De los procesos de designación y remoción de curadores, consejeros o administradores.*

7. *De la aprobación de las cuentas rendidas por guardadores, consejeros o administradores.*

8. *De la interdicción de la persona con discapacidad mental absoluta, de las inhabilitaciones de personas con discapacidad mental relativa y de las correspondientes rehabilitaciones, así como de las autorizaciones de internación o libertad de la persona con discapacidad mental absoluta.*

9. De la rendición de cuentas sobre la administración de los bienes del pupilo por parte del curador y las de los consejeros o administradores.

La Ley 1438 de 2011 en su artículo 65 dispuso que “Las acciones de salud deben incluir la garantía del ejercicio pleno del derecho a la salud mental de los colombianos y colombianas, mediante atención integral en salud mental para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención como parte del Plan de Beneficios y la implementación, seguimiento y evaluación de la política nacional de salud mental”; disposición que resultó ser fundamento para la expedición del **Acuerdo 029 de 2011**, a través del cual se reiteró sobre la integralidad del sistema de salud y, en consecuencia, se aclaró y actualizó íntegramente el Plan Obligatorio de Salud –POS– de los regímenes Contributivo y Subsidiado, incorporando servicios de salud tales como la atención en salud mental (Art. 17), la atención psicológica y/o Psiquiátrica de mujeres víctimas de violencia (Art.18), la atención de urgencias en salud mental (Art. 22), la internación para manejo de enfermedad en salud mental (Art.24) y la atención domiciliaria (Art. 25).

En los términos del artículo 24 del mencionado acuerdo, el servicio de internación para manejo de salud mental, debe prestarse ***“en caso de que el trastorno o la enfermedad mental ponga en peligro la vida o integridad del paciente o la de sus familiares y la comunidad, o por prescripción específica del médico tratante, el Plan Obligatorio de Salud cubre la internación de pacientes con problemas y trastornos en salud mental hasta por 90 días, acorde con la prescripción del médico tratante y las necesidades del paciente. Sin perjuicio del criterio del médico tratante, el paciente con problemas y trastornos en salud mental, se manejará de preferencia en el programa de "internación parcial", según la normatividad vigente”***.

A su vez, el legislador expidió la Ley 1616 del 2013, a través de la cual reglamentó la salud mental y la definió como “un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”³.

Así, a partir de esta definición, encontró el legislador necesario maximizar la red integral de prestación de los servicios en salud mental, por lo que incluyó modalidades y otros

³ Artículo 3 de la Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.

servicios médicos tales como: “1. *Atención Ambulatoria*; 2. *Atención Domiciliaria*; 3. *Atención Prehospitalaria*; 4. *Centro de Atención en Drogadicción y Servicios de Farmacodependencia*; 5. *Centro de Salud Mental Comunitario*; 6. *Grupos de Apoyo de Pacientes y Familias*; 7. *Hospital de Día para Adultos*; 8. *Hospital de Día para Niñas, Niños y Adolescentes*; 9. *Rehabilitación Basada en Comunidad*; 10. *Unidades de Salud Mental* y 11. *Urgencia de Psiquiatría*”.⁴

Así las cosas, queda establecido que de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 65 de la Ley 1438 de 2011, 24 del Acuerdo 029 de 2011 y 13 de la Ley 1616 de 2013, la atención en salud mental y las demás tecnologías en salud asociadas a esa especialidad, son prestaciones que se encuentran incluidas dentro de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud y, por tanto, deben ser garantizadas por el Estado a través de las entidades prestadoras del servicio de salud, máxime cuando el núcleo familiar del paciente enfermo haya acreditado encontrarse en cualquiera de las dos situaciones planteadas por la jurisprudencia constitucional.

6.2 HECHOS PROBADOS

Que Carlos Alfredo Piedrahita Ríos estaba vinculado al régimen subsidiado en salud, EPS Emssanar. **Folio 6 del cuaderno principal.**

Que el señor Carlos Alfredo Piedrahita Ríos es hijo de los señores Gladys Ríos y Sigifredo Piedrahita y hermano de John Eduwin Piedrahita Ríos, Sandra Patricia Macías Ríos y Johan Manuel Ocampo Ríos conforme se ve en los registros civiles de nacimiento vistos a **folios 19, 8, 22 y 26 del cuaderno principal.**

Que el extinto Eduwin Piedrahita Ríos tenía tratos comerciales con la empresa Comestibles la Maporita y crédito con WWB Colombia conforme se ve en la constancia expedida el 18 de octubre de 2006. **Folios 11, 13 y 14 del cuaderno principal.**

Que Eduwin Piedrahita Ríos falleció el 24 de octubre de 2013. **Folio 21 del cuaderno principal.**

En la historia clínica expedida por el Hospital Departamental Psiquiátrico del Valle se tienen las siguientes atenciones médicas brindadas al señor Carlos Alfredo Piedrahita Ríos:

⁴ Artículo 13 de la Ley 1616 de 2013 “Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones”.

06 de diciembre de 2008

“Causa de la consulta: se puso mal

Abandono de la pareja sentimental

En el momento sin ideación suicida u homicida con buena red de apoyo. El paciente recibirá medicación, por lo cual se da chance de tratamiento antipsicótico ambulatorio.”

09 de diciembre de 2008

“Causa de la consulta: “está mal otra vez”

Paciente acompañado de la madre y el hermano

Cuadro de 12 años de síntomas psicóticos de características esquizofrénicas. Se decide hospitalizar por riesgo de hetero agresión. Red de apoyo presente pero no eficiente.”

Relación superficial con todos, hostil con sobrinos ocasionalmente, agresivo física y verbalmente con la madre hace una semana.

19 de diciembre de 2008

Egreso

01 de abril de 2009

Consulta externa vino con la madre

Lo notan tranquilo, aunque la madre se preocupa porque casi no sale. Ocasionalmente trabaja como ayudante de panadera.

Plan manejo psicoeducación

11 de diciembre de 2009

Consulta externa vino con el padre

Tranquilo, de buen ánimo, como y duerme bien. Sin signos o síntomas de descompensación.

Cita en tres meses con interno

05 de octubre de 2010

Vino con la madre. Sin cambio alguno, tranquilo de buen ánimo, como y duerme bien Sin signos o síntomas de descompensación.

Medicamentos

Psicoeducación y cita en 03 meses

07 de enero de 2011

Acompañado de padre. Quien lo describe tranquilo, trabaja en ventas ambulante de gafas y juguetes.

No síntomas psicóticos. Buena adherencia a medicación

Psicoeducación en medicación y cita en 03 meses.

20 de abril de 2011

Acompañado de padre.

Esta de buen genio, acompaña a la hermana a vender juguetes

Psicoeducación en medicación y cita en 03 meses.

06 de octubre de 2011

Acompañado de madre

Niegan agresividad.

Psicoeducación en medicación y cita en 03 meses.

16 de marzo de 2012

Me siento bien no habíamos podido regresar a consulta porque no nos la autorizaban aquí.

Sin medicación hace dos meses

Insomnio de conciliación, irritabilidad ocasional

*Niega agresividad – continua el consumo de marihuana
Psicoeducación en medicación*

10 de julio de 2012

*Niegan agresividad – continua el manejo de marihuana
Pobre adherencia a medicación
Señalamiento de optimizar red de apoyo
Señalamiento de adherencia a controles y medicación
Psicoeducación en medicación*

25 de junio de 2013

*Asiste con el padre
Quien manifiesta “está loco por el vicio”
“Paciente conocido en la institución por cuadro psicótico esquizofreniforme asociado a consumo de sustancias psicoactivas. Última hospitalización en el año 2009 ha tenido controles irregulares y su última cita fue hace un año le estaban dando medicina diluida haloperidol, biperideno y levomepromazina con pésima adherencia según el padre había estado tranquilo en casa, con ocasionales salidas de casa a trabajar en oficios varios, pero anoche después de consumir marihuana en la calle, al regresar a casa, se enfrenta con el hermano, también consumidor de tóxicos, al cual acusa de violar a su hija y lo agrede físicamente con un cuchillo ocasionándole herida en abdomen, hoy el padre lo trae después de sedación aplicada en hospital de la periferia”.
“Análisis diagnóstico: paciente con pobre adherencia al tratamiento y consumo crónico de psico tóxicos en el momento con cuadro psicótico delirante asociado a consumo con agresión física a familiar conviviente ocasionándole herida abdominal requiere manejo hospitalario.”*

30 de junio de 2013

recibe alimentos y medicación, no presenta ideación suicida ni homicida, sin alucinaciones visuales o auditivas, persiste referencial se continua manejo instaurado y vigilancia clínica

julio de 2013

Recibe tratamiento de terapia ocupacional

06 de julio de 2013

*paciente en buenas condiciones generales recibe alimentos y medicación, no presenta ideación suicida ni homicida, sin alucinaciones visuales o auditivas, se continuará igual manejo instaurado.
Pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal por demás, intervalo pregunta-respuesta normal, delirios referenciales con respecto a su familia "los buitres, mi mama y mi familia, ellos todos miran con deseo a mi hija" niegas ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.*

09 de julio de 2013

paciente sin comportamientos agresivos, persistencia de delirios referenciales y de grandeza, comentado con Dr. Rivas, quien considera que se continuara igual manejo

11 de julio de 2013

se abre folio para cambio en plan de manejo: paciente con buena evolución en cuanto a comportamiento desorganizado, por lo cual en revista con dra Muñoz, psiquiatra, se decide suspender clonazepam.

12 de julio de 2013

paciente con persistencia de ideas delirantes, con referencialidad hacia su familia, los reingresos del paciente son usualmente secundarios a la suspensión del medicamento, por lo que se decide iniciar medicamento de depósito, se dará manejo con piportil.

14 de julio de 2013

paciente refiere buenas condiciones generales, adecuado patrón de sueño, tolera vía oral, toma los medicamentos; ayer se habló con el padre del paciente, de 71 años de edad, quien refiere conocer la información acerca de la enfermedad mental del paciente, que tiene claro que presenta una relación hostil con la madre, pero que le es imposible ser el cuidador principal del paciente. El paciente comenta que ayer sostuvo conversación telefónica de la madre, sin mala relación "yo he estado rezando a mi padre (dios) para que me alimente a mi hija, y en mi mente el me muestra que le está dando naranja que ella se puede comer con cascara, le caen del cielo".

paciente en buenas condiciones generales, con persistencia de ideas delirantes, sin ideación auto o hetero agresiva, tranquilo, siguiendo las reglas de la sala. se continuará igual manejo y vigilancia clínica.

15 de julio de 2013

Se abre folio para cambio en plan de manejo: Paciente con pobre red de apoyo, por lo cual en revista con Dr. Rivas, psiquiatra, se decide solicitar valoración por trabajo social. paciente refiere buenas condiciones generales, se alimenta adecuadamente, se toma los medicamentos, persiste referencial en contra de su familia "hoy vino mi mama, y yo la salude yo quiero disculparla, pero no puedo tolerar lo que le hacen a mi hija, ella y todos en la casa le tienen morbo, siempre" se interroga al paciente al respecto y afirma "yo no tengo pruebas, porque yo no los vi, pero yo conozco a mi hija, y yo la vi a ella triste y a él satisfecho", "ud sabe quién soy yo, ud sabe que yo soy Jesús, y yo por eso me di cuenta de esto". el paciente refiere "yo me he muerto 3 veces, en el año 2000 que me crucificaron, a los 2 años, a los 13 años" al ahondar en este punto, refiere que a los 13 años él tuvo encuentros sexuales con su primo, ligeramente menor que él. refiere ideas de culpa, y vergüenza con respecto a este hecho, pero comenta que esto no ha alterado su relación con el primo. "mi padre me está diciendo que le cuente"

16 de julio de 2013

se abre folio para cambio en plan de manejo: se comenta en revista paciente quien persiste con delirio referencial y aparentemente alucinaciones auditivas, a pesar de haloperidol 20mg/día desde el 25/06/13, por lo cual en revista del servicio con Dr. Rivas, psiquiatra, se considera falla terapéutica y se decide cambio a clozapina 200mg/noche. debido a esto se decide solicitar los siguientes paraclínicos: hemograma, perfil lipídico y glicemia

Se solicita valoración por trabajo social.

17 de julio de 2013

paciente con buena evolución clínica, con persistencia de ideas delirantes y referencialidad con la familia, pendiente valoración por trabajo social, se estará pendiente de respuesta al nuevo manejo antipsicótico instaurado. continua vigilancia clínica

18 de julio de 2013

Paciente refiere buenas condiciones generales, comenta tolerar vía oral, recibe los Medicamentos, niega enfrentamientos con otros pacientes, realiza terapia sin problemas, comenta sentirse triste por que esperaba hoy la visita de sus hermanos "yo quiero hablar con ellos, ver que es lo que pasa con mi hija, que es la bobada que tiene, y volver a hablar todos Juntos"

paciente con buena evolución clínica, comportamiento tranquilo, persiste con ideas referenciales hacia la familia, sin embargo, se observan menos estructurados sus delirios, está pendiente la valoración por trabajo social

19 de julio de 2013

paciente con evolución estacionaria, ya fue comentado con trabajo social, el día de hoy se decide dar tratamiento diluido y valorar evolución.

20 de julio de 2013

paciente refiere buenas condiciones generales, refiere que esta intranquilo y que ha tenido pesadillas "me soñé cosas feas, siempre es que mi mamá me quiere separar de mi hija, y hace cosas para alejarme de ella", comenta ansiedad por qué no ha recibido visita de su mamá o sus hermanos, y refiere deseos de alta hospitalaria. ha tenido buen comportamiento en la sala.

Paciente tranquilo, colaborador, se continuará igual manejo instaurado en el transcurso de la estancia hospitalaria, y vigilancia clínica.

21 de julio de 2013

paciente tranquilo, colaborador. se comenta con el doctor Betancourt; residente de turno. decide continuar con manejo preestablecido.

delirios referenciales y paranoide con respecto a su familia, delirio de grandeza y místico. niegas ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

22 de julio de 2013

se abre folio para cambio en plan de manejo: paciente quien persiste con delirio referencial hacia familiares, por lo cual en revista del servicio se decide aumentar clozapina a 300mg/di

pendiente valoración por trabajo social.

vigilar riesgo de hetero agresión.

23 de julio de 2013

paciente colaborador, con persistencia de delirios referenciales con su familia, el día de ayer se aumentó dosis de clozapina a 300mg/día, se espera respuesta terapéutica. suspender haloperidol y biperideno.

pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal, intervalo pregunta respuesta adecuado, delirios referenciales y paranoide con respecto a su familia, delirio de grandeza y místico. niegas ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.

24 de julio de 2013

1. iniciar clozapina 300mg/día.

2. suspender haloperidol y biperideno

3. levomepromazina tab 25mg, dar 1 tab vo a las 8pm.

4. pendiente valoración por trabajo social.

5. vigilar riesgo de hetero agresión.

6. avisar cambios.

7. pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.

8. medicamento diluido.

pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal, intervalo pregunta respuesta adecuado, delirios referenciales con a los pacientes de la sala y paranoide con respecto a su familia, delirio de grandeza y místico. niegas ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

25 de julio de 2013

1. Iniciar clozapina 300mg/día.

2. Suspender haloperidol y biperideno

3. Levomepromazina tab 25mg, dar 1 tab vo a las 8pm.

4. Pendiente valoración por trabajo social.

5. Vigilar riesgo de hetero agresión.

6. Avisar cambios.

7. Pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.

8. Medicamento diluido.

paciente en buenas condiciones generales, demandante con el alta hospitalaria, se

continuará igual manejo instaurado, ya fue comentado con trabajo social. pendiente concepto del mismo.

eje iv pobre red de apoyo

paciente hostil, demandante con el alta hospitalaria, refiere "mire, ya mi hija va a volver del paseo, y yo no estoy allá para cuidarla, va a estar allá ella sola, con toda esa gente. además, le dan salida a todo el mundo menos a mi" refiere que tolera vía oral, recibe medicamentos y alimentos.

26 de julio de 2013

- 1. iniciar clozapina 300mg/día.*
- 2. suspender haloperidol y biperideno*
- 3. levomepromazina tab 25mg, dar 1 tab vo a las 8pm.*
- 4. pendiente valoración por trabajo social.*
- 5. vigilar riesgo de hetero agresión.*
- 6. avisar cambios.*
- 7. pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.*
- 8. medicamento diluido.*

paciente en buenas condiciones generales, demandante con el alta hospitalaria, se continuará igual manejo instaurado, ya fue comentado con trabajo social. pendiente concepto del mismo.

Eje iv pobre red de apoyo

Paciente refiere buenas condiciones generales, se encuentra con sus familiares, insistente con la salida, hay buena interacción con sus familiares. Personal de enfermería lo reporta aislado. No participa en terapia

27 de julio de 2013

- 1. iniciar clozapina 300mg/día.*
- 2. suspender haloperidol y biperideno*
- 3. levomepromazina tab 25mg, dar 1 tab vo a las 8pm.*
- 4. pendiente valoración por trabajo social.*
- 5. vigilar riesgo de hetero agresión.*
- 6. avisar cambios.*
- 7. pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.*
- 8. medicamento diluido.*

Paciente con clínica estable, pendiente concepto de trabajo social.

Paciente refiere buenas condiciones generales, refiere ansiedad por el alta hospitalaria, Comenta que paso buena noche, acepta medicamentos y alimentos, no ha tenido conflictos con otros pacientes

pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal, intervalo pregunta respuesta adecuado, persiste con delirio referencial hacia su familia. niegas ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.

28 de julio de 2013

clínicamente estable, se continuará igual manejo instaurado y vigilancia clínica pendiente concepto de trabajo social

29 de julio de 2013

paciente suspicaz, hostil con personal de enfermería, en situación que incapacita la contención verbal.

pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal, intervalo pregunta respuesta adecuado, no se evidencia en el momento referencialidad. niegas ideas suicidas u homicidas, forma lógica.

30 de julio de 2013

- 1. iniciar clozapina 300mg/día.*
- 3. levomepromazina tab 25mg, dar 1 tab vo a las 8pm.*

4. pendiente valoración por trabajo social.
5. vigilar riesgo de heteroagresión.
6. avisar cambios.
7. pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.
8. medicamento diluido.

pensamiento: coherente, relevante, adecuada producción ideo verbal, latencia adecuada, no se evidencia en el momento referencialidad. niega ideas suicidas u homicidas, forma lógica. -censo-percepción: no alucinaciones visuales, ni auditivos

31 de julio de 2013

comentado en revista con la doctora Muñoz quien considera paciente estable, el día de hoy se habla con familiares, se plantea tec, familiares aceptan, firman consentimiento informado.

pensamiento: coherente, relevante, lacónico, producción ideo verbal limitada, latencia adecuada, no se evidencia en el momento referencialidad. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

Manifiesta deseos de salir a trabajar

01 de agosto de 2013

eje iv pobre red de apoyo

paciente refiere sentirse bien, manifiesta no tener dificultades con los compañeros de hospitalización, niega ideas autolesivas o hetero agresivas manifiesta tolera alimentos y medicamentos. refiere que desea salir para empezar a trabajar, al indagar sobre situación con la familia, refiere que le va a pedir disculpas a su hermano.

comentado en revista con la doctora Muñoz quien considera paciente estable, pendiente evaluación por medicina general para iniciar tec, familiares autorizaron realización de procedimiento.

03 de agosto de 2013

comentado en revista con la doctora Mota, quien considera solicitar hemograma de control por uso de clozapina, hoy recibió primera sesión de tec. continua igual manejo.

pensamiento: coherente, relevante, laconico, producción ideo verbal limitada, latencia adecuada, no se evidencia en el momento referencialidad. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

04 de agosto de 2013

paciente estable, quien ha recibido 2 sesiones de tec, continua igual manejo. pendiente resultado de hemograma.

pensamiento: coherente, relevante, laconico, producción ideo verbal limitada, latencia adecuada, no se evidencia en el momento referencialidad. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.

eje iv pobre red de apoyo

paciente refiere sentirse bien, tranquilo, niega ideas autolesivas hetero agresivas. manifiesta deseos de disculparse con su hermano, refiere que se encuentra arrepentido de haberlo agredido. enfermería reporta que tolera alimentos y medicamentos, se relaciona bien con familiar.

05 de agosto de 2013

Se comenta paciente en revista con la doctora Muñoz quien considera aumentar dosis de clozapina a 400mg día, una tableta una la mañana y tres en la noche. Ya que en el momento en la institución no tenemos disponibilidad de tec y el paciente persiste con sintomatología psicótica.

pensamiento: coherente, relevante, producción ideo verbal adecuada, latencia adecuada, referencialidad hacia los familiares. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.

06 de agosto de 2013

paciente comentado en revista con dra Muñoz quien considera paciente estable, hoy recibió tec número 3. continua igual manejo. pendiente resultado de hemograma. enfermería reportan que continua con referencialidad hacia los familiares. se encuentra aislado.

07 de agosto de 2013

paciente estable, ayer recibió tec número 3, sin complicaciones. se continua igual manejo.

se evidencia en el momento de la entrevista referencialidad hacia los familiares. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

paciente refiere sentirse bien, preocupado "mi familia no vino ayer, y los llame, en la casa no contestaron, creo que puede haberles pasado algo", niega ideas autolesivas o heteroagresivas. al indagar sobre situación con el hermano y la hija "ya no pienso en eso".

08 de agosto de 2013

paciente refiere sentirse mejor, más tranquilo, preocupado por la salida "quiero ir a trabajar tengo dos hijos porque responder" niega ideas autolesivas o hetero agresivas. al indagar sobre situación con el hermano manifiesta: "pregunte por el a mi papa y me dijo que estaba bien", no refiere más sobre esto. niega deseos de volver a consumir PSA. enfermería refiere que colabora con el autocuidado, tolera medicamentos y alimentos. recibió visita del padre, se observaron buenas relaciones.

paciente comentado en revista con dra Muñoz, se considera paciente estable, ha tolerado tec, pendiente tec numero 4 el día de mañana. continua igual manejo.

09 de agosto de 2013

paciente comentado en revista con dra Muñoz, se considera paciente estable, ha tolerado tec, hoy recibió tec numero 4 la cual ha tolerado adecuadamente, pendiente valoración por medicina general.

paciente deambulante en sala, quien refiere sentirse bien, niega ideación suicida u homicida, manifiesta que "yo no me meto con nadie" tolerando alimentos y medicamentos. enfermería reporta que colabora con el autocuidado, recibió 4 sesión de tec, no reportan complicaciones.

no se evidencia en el momento de la entrevista referencialidad hacia los familiares. niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica

10 de agosto de 2013

Eje iv pobre red de apoyo

Paciente en su habitación sale al llamado, refiere sentirse bien, niega ideación suicida u homicida, tolerando alimentos y medicamentos. Enfermería reporta que colabora con el autocuidado. Recibe alimentos y medicamentos

paciente estable, en tec ha recibido 4 sesiones toleradas adecuadamente, continua igual manejo

11 de agosto de 2013

paciente refiere encontrarse en buenas condiciones generales, aunque comenta que se siente triste por estar hospitalizado. niega ideas de autoagresión heteroagresion y fuga. refiere buen patrón de sueño tolerando vía oral paciente quien en el momento se encuentra estable, sin ideas delirantes, alucinaciones, ideación suicida ni homicida. se comenta con dra Matteus quien considera continuar con el manejo establecido.

12 de agosto de 2013

clozapina 400 mg/día.

pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días.

levomepromazina 25 mg vo 0-0-1

medicamento diluido.

vigilar riesgo de heteroagresion y autoagresión

avisar cambios.

paciente comentado en revista con dra Muñoz, quien considera paciente estable, sin ideas delirantes, alucinaciones, ideación suicida ni homicida, ha recibido 5 sesiones de tec, toleradas adecuadamente. se suspende biperideno, ya que en el momento no tiene indicaciones, se continua igual manejo.

eje iv pobre red de apoyo

paciente refiere que esta "aburrido, ya tengo mucho tiempo acá, me quiero ir a trabajar". niega ideación suicida u homicida. tolerando alimentos y medicamentos, refiere buen patrón de sueño.

No se evidencia en el momento de la entrevista referencialidad hacia los familiares. Niega ideas suicidas u homicidas, forma ilógica.

13 de agosto de 2013

No se evidencia en el momento de la entrevista referencialidad hacia los familiares. Niega ideas suicidas u homicidas

Paciente quien ya recibió 6 sesiones de tec, toleradas adecuadamente, en el momento sin ideación suicida ni homicida, sin evidencia de ideas delirantes, ni alucinaciones. Se comenta en revista con dra Muñoz quien considera continuar vigilancia clínica, continua igual manejo

Durante la estancia en el hospital psiquiátrico en el lapso de junio a agosto de 2013 recibió terapia ocupacional y se brindó actividades de educación a la familia conforme se ve en la historia clínica en medio magnético del folio 1 al 300.

El 14 de agosto de 2013, se dispuso la salida de Carlos Alfredo del hospital psiquiátrico para que continuara su tratamiento ambulatorio, **con cita de control posterior por psiquiatría en 15 días con los siguientes medicamentos: clozapina tableta de 100 mg. dar 400 mg/día** así: tomar 1 tableta en la mañana y 3 tabletas en la noche. pipotiazina ampolla por 25mg una ampolla cada 15 días. levomepromazina 25 mg cada noche y solicitud de hemograma.

El día 25 de octubre de 2013, el señor Carlos Alfredo agredió nuevamente con arma blanca a su hermano John Eduwin Piedrahita Ríos, ocasionándole esta vez la muerte; y como consecuencia de ello fue reingresado a las instalaciones del hospital psiquiátrico conforme se ve a continuación:

“los acompañantes refieren que había estado tranquilo, sin hostilidad o agresiones en casa, aunque desde el alta al llegar a casa y ver a el hermano continuo con idea perseverante “mi hermano se me come a la niña”, a pesar de reinicio de idea delirante con antecedente de agresión no es traído a consulta, estaba trabajando en oficios varios en una empresa hace 15 días, llegaba a casa, comía, era cariñoso con la niña, no habían notado soliloquios o comportamientos extraños diferentes a la idea mencionada “la primera vez sí se mostró agresivo y hostil con todos, amenazaba, hablaba solo, ahora no fue así, fue de un momento a otro”. los familiares comentan que diluían la clozapina en las comidas de la casa o en las comidas que se llevaba al trabajo, porque el paciente se negaba a tomarlo. no hay certeza que recibiera el medicamento.

el paciente comenta que se siente ansioso por lo que paso, pero comenta que lo tenía que hacer “lo hice por mi hija, el me la abusaba y ya se lo había advertido. yo tenía que hacer algo para parar esto “refiere delirios referenciales “a mi hija hay varios que le quieren hacer daño, mi mamá y hermanos míos pero yo creo que con esto se calman“, refiere ideas delirantes de grandeza “soy el hijo de dios, tengo poderes especiales, doy luz a los que toco, yo lo es todo, nací hace 2013 años y cuando estaba en la cruz vi todo lo que iba a pasar“ transmisión del pensamiento “ mis hijos pueden saber lo que me pasa y lo que pienso yo lo pingo en sus pensamientos “, alucinaciones visuales “ todos los días veo cosas, espíritus, usted no los ve y veo al padre que me dice las cosas“ en la entrevista el paciente se detiene por momentos y es insistente en no continuar contándome esta sintomatología , refiere “ ustedes van a creer que estoy loco, no sé cómo hacerles entender que no lo estoy”.

“Paciente comentado con Dr. ballesteros, **considera se trata de un paciente conocido en la institución con 2 hospitalizaciones previas, actualmente con síntomas esquizofreniformes delirios místicos, de grandeza de, referencia, de transmisión del pensamiento, alucinaciones visuales que por tiempo de evolución y características consideramos son consecuentes con dx: esquizofrenia indiferenciada. Desde su última hospitalización no asiste a controles y no hay garantía de adherencia al tratamiento,** se continúa con último manejo instaurado en última hospitalización tras la cual se da alta sin síntomas psicóticos y sin ideación suicida u homicida ingresa por agresión a su hermano que termina en la muerte de este por herida con cuchillo de cocina en región precordial. los familiares informan que el paciente estaba en la fiscalía en donde les informan que por condición de enfermedad mental del paciente no lo pueden retener por lo que direccionan hacia HPUV. Llegan en taxi el paciente, el hermano y la cuñada. se solicitan exámenes de monitoreo por tratamiento con clozapina, valoración prioritaria por trabajo social para establecer puente con fiscalía.”

plan:

1. hospitalizar en salas previa autorización por medicina general
2. valoración por medicina general
3. clozapina 400 mg día (1-0-3)
4. clonazepam 4 mg día (1-0-1)
5. se solicita, hemograma, glicemia, perfil lipídico-.
6. valoración por trabajo social prioritaria.
7. vigilar por riesgo de auto y heteroagresion. cuarto con cámara.
8. valoración por residente de la noche.
9. sedación antes de bajar a salas así:
-haloperidol 10 mg im dosis única
-midazolam 10 mg im dosis única
10. tomar signos vitales según protocolo
11. avisar cambios.

Por la muerte de Jhon Eduwin Piedrahita Ríos se inició proceso penal en contra de Carlos Alfredo Piedrahita Ríos, el Juzgado Segundo Penal del Circuito de Cali con Funciones de Conocimiento profirió sentencia No. 62 del 17 de agosto de 2017 mediante la cual impuso medida de seguridad contra el señor Carlos Alfredo consistente en internación por 72 meses en Pabellón Psiquiátrico adscrito al Inpec, denegándole la ejecución condicional de la medida y la internación domiciliaria. **Folio 91 a 94 del expediente penal 760016000193201330884.** En entrevista rendida el 06 de diciembre de 2013 la señora **Sandra Patricia Macías Ríos**, hermana del señor

Carlos Alfredo, indicó que, **por la tentativa de homicidio de su hermano**, junio de 2013, **no pusieron denuncia porque él les pidió perdón. Folio 55 del cuaderno de pruebas 3.** En el mismo proceso se efectuó el 09 de septiembre de 2014 informe pericial por parte del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses en el cual el Dr. Gustavo Ballesteros Castañeda en el cual se concluyó: *“que el examinado tiene un diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada la cual es una enfermedad crónica e irreversible pero que puede estar controlada con el uso de medicamentos y no presentar descompensación, lo que en el momento actual no sucede con el examinado, ya que pese a la medicación para el control sintomático que tiene a dosis alta, no ha logrado controlar la sintomatología persistiendo con los delirios estructurados.”* De igual forma recomendó: ***“que el examinado debe continuar manejo psicofarmacológico y por la persistencia de la sintomática el manejo no se puede dar de manera ambulatoria, teniendo en cuenta que no tiene consciencia alguna de enfermedad mental, persiste con síntomas psicóticos importantes pese a la dosis alta de medicamentos y al riesgo que puede presentar para la familia ya que luego de la muerte del hermano que era el principal sujeto de referencia psicótica ya se evidencia que actualmente los delirios los esta desplazando a otros miembros de la familia”.***

Por los hechos ocurridos el día 24 de agosto de 2016, esto es, tentativa de homicidio de Carlos Alfredo Piedrahita Botero a su madre Gladys Ríos, se instauró denuncia penal bajo spoa No. 760016000193201631025. **Folios 108 a 110 del cuaderno principal.** El Juzgado 16 Penal del Circuito con Funciones de Conocimiento de Cali profirió sentencia no. 6 del 07 de febrero de 2017 mediante la cual lo condenó a 8 años y 4 meses de prisión. **Folios 121 a 128 del cuaderno principal.**

PRUEBAS TESTIMONIALES:

➤ Dra. JULIANA GALINDO ALVAREZ

“Refiere que es médico egresada de la Universidad del Valle desde el año 2005 y curso su especialización en psiquiatría desde el año 2013 a 2015.

Asevera que en el año 2013 era residente de la especialización de psiquiatría de la Universidad del Valle.

Responde que conoció al paciente en dos oportunidades, al respecto señaló: en su último ingreso discutí el caso dentro de la sala con un docente. Las valoraciones se realizaban directamente con paciente y en ocasiones con el docente.

De acuerdo a la historia clínica en que consistió la atención: es la evolución que se realiza el día 14 de agosto de 2013 las notas de evolución de hacer después de pasar la revista académica asistencial en donde varios estudiantes a cargo del paciente entre pregrado y

posgrado comentamos sobre el paciente y el psiquiatra a cargo de la sala toma la decisión que este caso se comenta con la Dra. Muñoz quien es la psiquiatra encargada de la sala en ese momento.

Encuentran en condiciones generales tranquilo, con buen apetito, tolerando vía oral, ingiere medicamentos, buen patrón del sueño, pregunta por su salida, niega alucinaciones, niega ideas suicidas u homicidas, no hay intención de auto o hetero agresión y luego viene la parte objetiva que es el examen mental que ya hacemos nosotros como médicos al paciente lo encontramos tranquilo, colaborador, con autocuidado preservado, establece pero no mantiene el contacto visual con el entrevistador, en el psicomotor estado euquenético, en el afecto plano, fondo hostil, modulando más frecuentemente, esta coherente, relevante, lacónico, con producción verbal disminuida, no se evidencia al momento de la entrevista referencialidad hacia los familiares que es muy importante para este paciente, niega ideas suicidas u homicidas.

Sensopercepción no se evidencian alucinaciones visuales, ni auditivas en el momento de la entrevista. Sensorio orientado en tiempo, lugar y persona, euproséxico, calculo y abstracción conservadas. Juicio de la realidad comprometido.

De lo que se puede extraer de ahí es que **el paciente estaba tranquilo, en su afecto estaba mejor modulado, que no había ideas delirantes ya, ideas referenciales hacia la familia que ya no eran evidentes por el entrevistador, que su sensorio estaba orientado, eso da cuenta de la memoria que estaba bien, euproséxico quiere decir que estaba atento que calcula, que abstrae quiere decir que en la parte cognitiva no había ninguna alteración**

Luego se hace un análisis de lo que se comenta en la revista. Paciente comentado en revista con la Dra. Muñoz quien considera mejoría clínica, con buena tolerancia a medicamentos, recibió 6 sesiones de TEC, que son terapias electroconvulsivas, con buena respuesta. **ACTUALMENTE SIN SINTOMAS PSICÓTICOS**, con comportamiento organizado se decide dar salida con:

CLOZAPINA 400 mg Día
PIPOTIAZINA 1 ampolla cada 15 días
LEVOMEPROZAMINA 25 mg cada noche
Y una cita de control en 15 días con psiquiatría
Solicitud de hemograma.

De lo que se puede concluir que el paciente viene en una mejoría. Los trastornos que se están tratando de definir son del espectro psicótico, es decir, fuera de la realidad, es decir, el paciente no estaba en realidad, que es lo que me dice que un paciente no estaba en realidad, que tiene ideas delirantes, las ideas delirantes son las que no reducen con la lógica, que son persistentes en el tiempo y que no son compartidas con el grupo social que acompaña al paciente, ejemplo, estoy plenamente convencida que puedo volar, es una idea que yo tengo, creo en ella que es cierta, sin embargo, mi grupo social no lo comparte sabe, y por más que me prueben que Aero dinámicamente no estoy diseñada para volar eso no va a reducir que yo voy a seguir pensando eso, eso es un delirio.

Hay presencia de delirios hay presencia de alucinaciones que es una alteración en la sensopercepción visual, auditiva, táctil sin estímulos, yo veo algo que no está ahí, yo escucho algo que no suena, yo siento un aroma que no está en ese momento, o siento que me tocan que duele, es una alteración de la sensopercepción.

Delirios, alucinaciones y Desorganización del comportamiento es algo muy amplio va por ejemplo desde ser agresivo, hablando más un poquito del paciente, conductas inapropiadas, sexuales en lugares inadecuados y desorganización del lenguaje, esos tópicos hacen parte de la psicosis. Entonces cuando estamos hablando de una sicosis toxica estamos atribuyendo la etiología a la causa a tóxicos versus que aún no lo sabemos lo que no lo va a decir es el tiempo una esquizofrenia, los dos presentan síntomas similares, uno de ellos es una enfermedad crónica, que es la esquizofrenia y otro de ellos, es una sicosis a causa del consumo de sustancias. Entonces el criterio de tiempo que era lo que queríamos seguir analizando nos iba ir aclarando cuál de las dos era, pero en términos generales se presentan de la misma forma y el tratamiento va enfocado a medicamentos que tengan influencia sobre los síntomas psicóticos en este caso que son los más preocupantes, la causa de la hospitalización no es la psicosis la causa de la hospitalización es el comportamiento, en este caso un comportamiento que lo pone

en riesgo a él y a otros. Uno empieza el tratamiento farmacológico la primera medida de contención, hay un tratamiento psicodinámico que tiene que ver con el manejo de las circunstancias del paciente hay una aproximación a su entorno biopsicosocial en general a conocer su historia de vida, rasgos de personalidad, conversación diaria tras conversación diaria es más demorado, pero todo va sumando para que uno vaya formando un diagnóstico. Cuando un paciente tiene un comportamiento que implica un riesgo para él mismo o para otros se hospitaliza, el simple hecho de estar fuera de realidad no implica hospitalización yo puedo decir cosas que no van pero no producen riesgo a mi integridad o a la de otros eso se puede manejar en casa, cuando es algo que implique ese riesgo se hospitaliza, entonces se hace este seguimiento, esperamos a que el tratamiento farmacológico empiece a hacer lo suyo aunque es demorado y empezamos hacer todo el tratamiento con psicología, trabajo social y psiquiatría y en la medida que estas ideas persistentes que no van en la realidad que no van a desestructurar y el comportamiento comience a mejorar pues ya es cuando decimos que el paciente tiene algo, no quiere decir que no esté en psicosis eso es continuo, es una enfermedad crónica no es como una neumonía que a la identifican, saben que microorganismo la producen, le dan antibiótico durante un tiempo, usted se va curado. Es tener una enfermedad como tener la presión alta o tener diabetes, es crónica, tiene unos periodos de crisis, crisis desencadenadas por muchos factores, porque la enfermedad es multifactorial, tiene factores genéticos, ambientales, estructurales en la personalidad, biológicos, a nivel neuronal, entonces cuando se entran en estas crisis, en el momento que comienza a mejorar el comportamiento lo más importante es sostenerse en el tiempo con los medicamentos y con esta ruta que encontramos que fue con la que encontramos mejoría, eso implica largo tiempo de medicación, asistir a los controles con periodicidad, eso dependiendo del paciente van con psiquiatría, psicología, trabajo social. Entonces lo que yo entiendo aquí en ese análisis es que el paciente estaba más organizado en su comportamiento, no era agresivo, había recibido lo que debe recibir en cuanto a medicación y terapia electroconvulsiva, ya no hablaba de las ideas delirantes hacia sus familiares o hacia el familiar en particular y por ese se decide dar salida.

DESPACHO ¿DRA. AHÍ DICE QUE LE DAN SALIDA EN UN CONTROL DENTRO DE LOS 15 DÍAS, USTED PUEDE VER EN LA HISTORIA CLÍNICA SI HUBO CONTROL PSIQUIÁTRICO?

Contestó: nosotros pudimos revisar que no, esa fue la última vez y la próxima es cuando llega por urgencias. Aquí hay que aclarar algo que me parece importante la Clozapina es un medicamento controlado por el gobierno, es decir, viene en un formato especial y esos medicamentos solo se pueden formular por un mes, se hace muy necesaria la asistencia, tenemos un sistema de reformulación para que si no hay cita todavía al menos se pueda ir a reformular y nunca le falte la medicación, pero tampoco tenemos registro que hayan asistido.

Despacho: ¿en cuanto a las dos patologías, psicosis toxica y esquizofrenia, estas crisis que pueden atravesar una persona con psicosis toxica o esquizofrenia pueden producirse en un solo momento o por algún tipo de situación, no obstante, que puedan seguir en tratamiento algún hecho externo o alguna actuación que lo haga estallar?

Contestó: generalmente es un continuo de cosas que se notan, los familiares le empiezan a decir a uno no está durmiendo bien, esta despierto toda la noche, sale y no sabemos a dónde, no quiere recibir la medicación, ya está respondiendo de tal y cual manera que no es lo normal en él, ya está empezando a decir otra vez que, eso es más de la esquizofrenia. La psicosis toxica no es algo que se repite y se repite en toda la vida de alguien no, uno espera porque cuando tenemos el agravante de consumo de sustancias psicoactivas uno de los criterios es que estos síntomas no se me presenten bajo el efecto, **CON ÉL LENTAMENTE NOS DIMOS CUENTA QUE SIN EL EFECTO DE LAS SUSTANCIAS IGUAL HABÍA PRESENCIA DE SÍNTOMAS QUE ESTO ERA PERDURABLE EN EL TIEMPO, SE RECONSTRUYÓ SU HISTORIA PERSONAL Y NOS QUEDAMOS CON EL DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA.**

Apoderada de la HUV: ¿atendiendo la experiencia que usted ha referido en sus conocimientos usted podría precisarle a este despacho cuales son los criterios para hospitalizar a un paciente en el hospital psiquiátrico por una enfermedad mental?

Contestó: el primero tener una enfermedad mental, segundo estar en crisis, dependiendo de la enfermedad, pues hay diferentes maneras de definir la crisis, pero sobre todo en el

caso de la esquizofrenia que son los síntomas más llamativos psicóticos que esto lo ponga a uno en riesgo o ponga a los demás en riesgo, por ejemplo, se levanta en la noche se va caminando solo por la calle a lugares peligrosos no sabemos qué hace, eso es un factor de riesgo, ese paciente necesita estar hospitalizado, ya está donde el vecino tirándole piedras a la casa, entonces está agrediendo a otros, ese tipo son las que sobre todo por protección del paciente y los demás se decide entonces hospitalizar al paciente.

Apoderada de la HUV: ¿Atendiendo sus manifestaciones anteriores, podría referirle a esta audiencia si la toma de medicación formulada por parte de los especialistas es importante o que impacto tiene dentro del tratamiento del paciente?

Contestó: DIGAMOS QUE EL PILAR DE NUESTRA INTERVENCIÓN ES FARMACOLÓGICA, COMO ES LA TENDENCIA EN EL MUNDO AHORA, ENTONCES SI SE HACEN UNA SERIE DE INTERVENCIONES POR PSICOLOGÍA, PSIQUIATRÍA, PERO EL MEDICAMENTO ES MUY IMPORTANTE, PORQUE VA ENFOCADO A LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS QUE LO PONEN EN ESTE RIESGO A ÉL Y A LOS DEMÁS, le vamos a dar un antipsicótico, estoy de acuerdo en la elección del antipsicótico, es ampliamente estudiado, reconocido es clozapina y fuera de eso tiene un plus que me parece importante porque frente a otros ha mostrado que tiene impactos sobre las ideas de agresión y autoagresión entonces desde ese punto de vista me parece que esa era la elección. La dificultad de lo que tenemos a la luz que son los antipsicóticos es que se demoran muchísimo en actuar, empiezan a hacer efectos 3 o 4 semanas después de iniciado, la ansiedad y agresividad mejora a la semana, pero sobre las ideas, alucinaciones, todos estos síntomas tan bizarros se demoran en actuar y requieren un sostenimiento en el tiempo, entonces son pacientes que requieren la dosis todos los días que no se bajen los niveles en sangre que haya continuidad y esa es la parte básica del tratamiento, eso es nuestro pilar, a partir de ahí ya con un paciente más tranquilo, tomando la medicación podemos entrar a hacer otro tipo de intervenciones como psicodinámicas. Entonces si es muy importante la continuidad, la adherencia al tratamiento y por eso la adherencia a controles porque si hay algún problema con el tratamiento para eso es el control, en él se ajusta, se cambia, se sube, se baja, dependiendo de lo que haya pasado.

Apoderada de la HUV: usted nos manifestó que el paciente después de este egreso del 14 de agosto de 2013, regresa el 25 de agosto de 2013, nota de urgencias que está a folio 148 de la HC. Usted podría referirnos teniendo en cuenta que también participó de esa atención ¿cuál fue el estado de ingreso del paciente en ese momento?

Contestó: Si en el folio 148 estoy en turno, yo recibo al paciente, lo entrevisto, el paciente llega en taxi con un hermano y con la esposa del hermano, la cuñada. Se le hace el ingreso empezamos la entrevista el paciente está ansioso, nervioso, me dice que sabe que lo que hizo es un delito, pero pues argumenta toda su estructura delirante del porque lo hace. Tiene un delirio de grandeza en el que cree que tiene un poder especial de ver en su mente lo que hace su hermano con su hija, un don que le ha dado Dios y tiene este delirio de referencia que su hermano está constantemente abusando de su hija, que ella esta amedrentada y que él a través de su mente lo puede ver, que volvió a presentarse esta situación y que él no lo iba a volver a tolerar. Esa fue la misma razón y entonces lo vio que se burlaba de él y decidió defenderla a ella y entonces lo agrede y termina pues muerto el hermano, otros hermanos que están en la casa lo cogen, pero llega sin signos vitales según me informan. El paciente me dice que está consciente que eso es un delito pero que lo hace por proteger a su hija. En ese momento encontramos síntomas psicóticos de estos que les estoy diciendo, por lo menos desorganización del comportamiento por el acto agresivo e ideas delirantes que incluso son extravagantes que hacen parte también del espectro de la esquizofrenia. **EN ESE MOMENTO EL PACIENTE ES COMENTADO CON EL PSIQUIATRA QUE ESTA DE TURNO ASESORÁNDONOS TAMBIÉN A LOS ESTUDIANTES QUE ES EL DR. BALLESTEROS Y ANTE TODA LA HISTORIA QUE YA HE MENCIONADO Y LOS SÍNTOMAS PSICÓTICOS ACTUALES PUES ENTONCES DECIDIMOS HOSPITALIZARLO, AHÍ NOS DAMOS CUENTA QUE NO VIENE RECIBIENDO LA MEDICACIÓN, QUE ESTÁ CONSUMIENDO NUEVAMENTE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y QUE HA VENIDO TENIENDO PAULATINAMENTE CON LOS DÍAS CAMBIOS DE COMPORTAMIENTO COMO AGRESIVIDAD, HA ESTADO NUEVAMENTE ANSIOSO CONSUMIENDO NO QUIERE TOMAR LA MEDICACIÓN.**

Apoderada de la HUV: En la nota indica que el paciente se negaba a tomar clozapina ¿usted podría referirnos si esta ausencia de medicamento es un factor determinante para las crisis que se presentaban en este paciente?

Contestó: SI ES UN FACTOR DETERMINANTE PORQUE ES EL PILAR, DE AHÍ SE DESPRENDE EL TRATAMIENTO. ÉL TUVO UNA MEJORÍA Y REQUERÍA EN EL TIEMPO CONTINUAR EL MEDICAMENTO. PARA NOSOTROS EN LOS TIEMPOS QUE MANEJAMOS 3 MESES DESPUÉS ES POCO TIEMPO. ESTOS MEDICAMENTOS PERDURAN POR AÑOS EN EL PACIENTE, ENTONCES ES VITAL ATRIBUIR EL RETROCESO A QUE NO ESTUVIERA TOMANDO LA MEDICACIÓN, GENERALMENTE ESO ES LO QUE OCURRE EN LAS CRISIS, DEJAN DE TOMAR EL MEDICAMENTO PORQUE SE SIENTEN MUY BIEN Y VUELVE LA CRISIS.

Apoderada de la HUV: DE ACUERDO A SUS CONOCIMIENTOS ¿PUEDE PRECISARNOS TENIENDO EN CUENTA LA PATOLOGÍA QUE TENÍA EL SEÑOR CARLOS PIEDRAHITA DE CARÁCTER CRÓNICO PUEDE PERMANECER HOSPITALIZADO SIEMPRE EN EL HOSPITAL PSIQUIÁTRICO?

CONTESTÓ: NO, DE ESO YA HACE SIGLOS, LOS ANTI PSICÓTICOS SACARON A LOS PACIENTES MENTALES DEL ASILO HACE 100 AÑOS, ANTES SI USTED TENÍA UNA ENFERMEDAD MENTAL DEL ORDEN PSICÓTICO VIVÍA EL RESTO DE SUS VIDAS EN UN ASILO, EN UN MANICOMIO, CON EL ADVENIMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS ESTOS PACIENTES PUDIERON REGRESAR A ESTAR CON SUS FAMILIAS, EL CURSO DE LA ENFERMEDAD SI BIEN TIENE CAUSAS GENÉTICAS, NEUROBIOLÓGICAS, ES CRÓNICO, SIEMPRE VA A TENER SU DIAGNÓSTICO DE ESQUIZOFRENIA. LA ESQUIZOFRENIA NORMALMENTE TIENE CRISIS EN LA ADOLESCENCIA Y EN LA EDAD ADULTA TEMPRANA Y PRÁCTICAMENTE EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ES IMPERCEPTIBLE EN LA INFANCIA.

La idea es que el paciente pueda recuperar cierta funcionalidad, que pueda trabajar, estudiar, viendo por sus familias, relaciones familiares, hay un espectro grande entre uno y otro paciente hay un degrade de esquizofrenia, entonces esa es la idea, pero para eso se necesita la continuidad en los controles y medicación y eso a veces no se logra. El objetivo no es tener confinado al paciente, el objetivo terapéutico es que ese paciente pueda hacer su vida, un poco libre de estas ideas que lo pongan en peligro a él y a otros o estas ideas que no son compartidas por los demás y que los hacen estigmatizar. Una vez eso este controlado el paciente pueda moverse social, familiar, funcionalmente, es decir, su funcionalidad global se recupere.

Apoderada de la HUV: QUE PAPEL JUEGA LA FAMILIA EN EL CASO DEL TRATAMIENTO DE ESTOS PACIENTES.

CONTESTÓ: ES MUY IMPORTANTE porque por que los delirios que ahora hablábamos son que al señor Carlos Piedrahita le afectaban tanto, son creencias que él cree firmemente que esas cosas realmente suceden. **ENTONCES SI NO HAY UN POLO A TIERRA ALREDEDOR, SI NO HAY UNA RED DE APOYO SUFICIENTE QUE LE AYUDE A ENTENDER UN POCO, QUE SE LE ESTÉ LLEVANDO A LOS CONTROLES ES DIFÍCIL QUE UN PACIENTE QUE ESTÁ CONVENCIDO DE SU REALIDAD DIGA ME VOY A TOMAR ESTO O ME VOY A IR AL CONTROL, ENTONCES LA FAMILIA HACE PARTE VITAL DE ESTA AYUDA A LA ADHERENCIA A LOS CONTROLES Y A LA TOMA DE MEDICAMENTOS ESPECIALMENTE EN LAS CRISIS CUANDO LOS PACIENTES EMPIEZAN A SALIR DE LA CRISIS UNO VE A PACIENTES QUE VAN SOLOS A SU CONSULTA MUCHOS, LA MAYORÍA. EL APOYO EN GENERAL SIEMPRE ES IMPORTANTE.**

Apoderada de la HUV: teniendo en cuenta su intervención con este paciente y centrándonos en la atención del 14 de agosto del 2013. ¿usted podría referirnos si el hospital o el personal que atendió al señor Carlos Piedrahita cumplió con los protocolos que se establecen para la atención de este tipo de patologías?

CONTESTÓ: SI, LA HISTORIA CUMPLE CON LOS PROTOCOLOS, EL PACIENTE IBA MEJOR, NO ERA AGRESIVO, LAS IDEAS ESTABAN EN DESESTRUCTURACIÓN, ÉL YA NO ESTABA EN SU DISCURSO INCLUYENDO IDEAS AGRESIVAS HACIA SU FAMILIA,

SU COMPORTAMIENTO LO VENÍA PROBANDO ASÍ, ES UN PACIENTE CON UN MUY BUEN COMPORTAMIENTO, CUANDO YO ENTRÓ EN CONTACTO CON ÉL NUNCA HUBO UNA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ, NUNCA HUBO UNA AGRESIÓN, ENTONCES DIGAMOS QUE CUMPLE CON TODOS LOS CRITERIOS, HABÍA TOLERADO LA MEDICACIÓN, LOS EXÁMENES ESTABAN EN ORDEN, ENTONCES ESE ES EL MOMENTO EN QUE EL PACIENTE SALE CON UNAS CONSULTAS SEGUIDAS Y YA LUEGO CON UNAS CONSULTAS MÁS ESPORÁDICAS CUANDO YA HA SALIDO DE CRISIS DEFINITIVAMENTE.

Apoderada de la parte demandante: usted hablaba de un tratamiento integral, en el expediente se ve que ustedes lo llamaron a consulta a los 15 días y el paciente no regresó. ¿Qué labor hace el hospital psiquiátrico con respecto a estos pacientes que no regresan, se dedica a hacer algún trabajo social o sencillamente se olvidaron del paciente?

Contestó: SE HACE UNA LABOR COMO TODO EN LA VIDA RECÍPROCA, uno hace una BUENA PSICOEDUCACIÓN A DIARIO ESTAMOS EN CONTACTO CON LA FAMILIA, EN EL HORARIO DE VISITAS, TODO EL DÍA, TODOS LOS DÍAS Y LO QUE SE HACE ES EDUCAR A LA FAMILIA. EN ESTOS CASOS SE HABLA CON LA FAMILIA DE CÓMO LO VEN, ESO HACE PARTE DE LOS CRITERIOS DE SALIDA. UNA COSA ES COMO ES CON UNO, OTRA COSA ES COMO ES CON LA FAMILIA, ESTUDIANTE, TRABAJADORA SOCIAL, ENTONCES HACEMOS UNA JUNTA EN LA MAÑANA DONDE ESTAMOS TODOS Y SE TOMA MUY EN CUENTA LO QUE DICE LA FAMILIA. SE LE ENTREGA TODA ESTA INFORMACIÓN A LA FAMILIA, SE LE ENTREGA UNA ORDEN QUE TIENE DERECHO Y DEBE ACUDIR EN 15 DÍAS, ES SU DEBER ASISTIR.

Apoderada de la parte demandante: ¿hubo intervención psicosocial y educativa con la familia del paciente con el objeto de sensibilizarla teniendo en cuenta que era agresivo y que presentaba momentos de agresividad?

Contestó: COMO LE DECÍA YO ERA PARTE DEL EQUIPO TERAPÉUTICO Y EL SÍ RECIBIÓ INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL Y SU FAMILIA. LA INTERVENCIÓN POR TRABAJO SOCIAL SE HACE DIRECTAMENTE CON SU FAMILIA. EL SEÑOR CARLOS PIEDRAHITA TENÍA UNA NIÑA PEQUEÑA CUIDADA POR ÉL Y SU FAMILIA ERA INCLUIDA EN ESE GRUPO Y EN CUANTO A ESO HUBO SOBRE TODO PORQUE ESTABA ESA IDEA DE ÉL QUE SU HERMANO LE HACÍA DAÑO A UNA NIÑA, ENTONCES TRABAJO SOCIAL HIZO ESA INTERVENCIÓN.

Despacho: ¿De qué manera le consta eso doctora?

Contestó: PRIMERO PORQUE UNO ORIENTA A LOS FAMILIARES Y LES DICE QUE VAYAN A DONDE QUEDA TRABAJO SOCIAL Y LA TRABAJADORA HACE UNA NOTA EN LA HC.

Llamada en garantía: ¿existen comportamientos de una persona que alerten que va a ver una crisis?

Contestó: SI, HAY COMPORTAMIENTOS QUE DIGAMOS CON EL TIEMPO, LA ENFERMEDAD O EL CONTACTO DEL SEÑOR PIEDRAHITA CON EL HOSPITAL VIENE DESDE EL 2008, LA FAMILIA COMIENZA A CONOCER EN QUÉ MOMENTOS. A veces traen el paciente antes de entonces uno dice viene por urgencias, se hace una atención, no se hospitaliza, la gran mayoría no se hospitaliza, “porque es que ya no empezó a dormir doctora”, entonces uno dice es un insomnio, pero ellos ya saben que primero es no dormir, luego el consumo, luego la agresividad y ahí empieza, entonces dependiendo de la enfermedad y el caso particular porque hay ideas de todo tipo, delirantes de todo tipo, es un universo, entonces, si es por ese lado empieza hablar de su discurso religioso, a leerse la biblia durante 7 horas al día, por ejemplo, o empieza a imponerle las manos a todo el mundo, que él los va a sanar. Siempre hay una alerta que la familia aprende a reconocer y eso hace parte de los signos de alarma.

Llamada en garantía: ¿Como hacen ustedes los psiquiatras para determinar la dosis de los medicamentos antipsicóticos?

Contestó: eso esta formulado en la farmacología. **COMO SON MEDICAMENTOS PARA**

SÍNTOMAS NO PARA ENFERMEDADES. LA DOSIS TOPE DE LA CLOZAPINA EN ESTE CASO ES 400MG ES LA DOSIS MÁS ALTA QUE USAMOS Y ES LA QUE TIENE CARLOS.

Llamada en garantía ¿Ósea que al se le formuló la más alta?

Contestó: *Si, eso se va viendo la necesidad y la tolerancia del paciente. ante la agresión la clozapina es un medicamento que se usa para la contención, utilizamos la clozapina esperando no conocemos al paciente, no sabemos que va a pasar, en un momento difícil agrede a su hermano, él tiene bien clara su cognición él sabe que es un delito, mientras eso uno pone una dosis inicial y va mirando si necesita subirla y efectos adversos. Si esos efectos se ven hay que hacer un cambio de medicación. En el caso de él tuvo una continuidad en el medicamento, le iba bien con el medicamento con la menor proporción de efectos adversos.*

Llamada en garantía: ¿Cuáles son los pacientes que deben vivir asilados?

Contestó: *eso se decide en junta médica valorando el caso específico de cada paciente, eso no lo hace un solo psiquiatra. También hace parte de una decisión familiar. De lo que conozco de las EPS no hay un sistema que cubra que un paciente viva en alguna parte. Hay algunos pocos casos donde se autoriza cuando el familiar está ahí pendiente exigiendo que ciertas situaciones le hacen posible cuidar al paciente, entonces ahí he visto que a través de trabajo social hacen unas conexiones y hacen unas juntas, piden algunas valoraciones y las EPS particularmente aceptan o no ciertos lugares, pero yo no sé si eso es de por vida o por un largo tiempo. Los pacientes que hay en el hospital son de la época de san isidro que dejaron abandonados y que nunca se logró ubicar a nadie. Entonces sería atender al caso particular y en junta médica definir eso atendiendo una petición de la eps o familia.*

Llamada en garantía: ¿Para este tipo de enfermedades el contacto con otras personas ayuda al paciente o brinda una mejoría, es parte también del tratamiento?

Contestó: **PUES SÍ, EL SEÑOR CARLOS PIEDRAHITA ES UN PADRE DE FAMILIA, QUE HA VISTO POR SU HIJA DESDE QUE TIENE OCHO MESES, CREO QUE FUERON ABANDONADOS POR LA MAMÁ DE LA NIÑA Y EL QUEDA EN ESTA FAMILIA MATERNA Y ÉL TRABAJA HASTA DONDE SE PARA SOSTENER A SU HIJA. SU PREOCUPACIÓN CONSTANTE ERA ESTAR AL LADO DE SU HIJA. ES UNA PERSONA CON LOS MISMOS DERECHOS, DEBERES, RESPONSABILIDADES, SUEÑOS, DESEOS, INTERESES, LO MISMO. SOLO QUE TIENE UNA ENFERMEDAD MENTAL QUE A VECES HACE QUE ÉL SE SALGA DE LA REALIDAD Y TENEMOS HERRAMIENTAS PARA AYUDARLO, HOY EN DÍA NO PODEMOS DECIR QUE HAY UNA CURA, PERO ESTO SÍ HA MEJORADO DRAMÁTICAMENTE Y EL CONTACTO SOCIAL, EL ESTAR EN SU ENTORNO PARA LA MAYORÍA DE LAS PERSONAS VA A SER MEJOR QUE ESTAR ASILADO.**

➤ **Dr. GUSTAVO ADOLFO BALLESTEROS**

*“Medico egresado en el año 2001
Psiquiatra egresado febrero de 2006*

A este señor lo conozco en dos contextos, uno en la parte clínica y en la valoración psiquiátrica de ese día del 25 de octubre de 2013 porque era el psiquiatra de turno en el servicio de urgencias y tenía como residente a la Dra. Juliana Galindo. Además, conozco al señor porque hice la valoración en medicina legal el 09 de septiembre de 2014 en el contexto de la capacidad de comprensión y autodeterminación para el delito que se le estaba imputando, que era homicidio en la humanidad de su hermano.

Despacho: ¿para el 14 de agosto de 2013 usted tuvo alguna atención?

Contestó: *No. Estuve en la segunda que fue en octubre.*

Apoderada del Hospital Universitario: ¿cuál era el diagnóstico de este paciente y cuáles son las características de la patología que este presenta?

Contestó: *para el momento en que yo hice la evaluación que era el 25 de octubre de 2013, este individuo tenía una hospitalización previa, dos meses antes, había egresado dos meses antes y había salido asintomático, sin sintomatología, el diagnóstico que él tiene de base incluso para la valoración posterior forense es de esquizofrenia indiferenciada además del consumo de múltiples sustancias psicoactivas. La esquizofrenia es una enfermedad crónica que hace*

episodios por momentos y que no en todos los pacientes se manifiesta de las mismas características con este individuo había un agravante que era el consumo de sustancias psicoactivas.

Como se documentó en la historia clínica del 25 de octubre de 2013, cuando ya viene del homicidio había una documentación que el individuo había abandonado el tratamiento, retomado el consumo de sustancias y previo a su egreso, es decir, para el 14 de agosto estaba completamente asintomático, es decir, cuando estaba hospitalizado, la adherencia al tratamiento el no consumo sustancias hizo que el individuo le desapareciera la sintomatología mental y controlara su enfermedad. Las enfermedades como la esquizofrenia son enfermedades crónicas pero no quiere decir que la enfermedad crónica sea sintomática toda la vida, es decir, hay episodios en los cuales el individuo cursa con sintomatología desorganización, llamamos alucinaciones, delirios, comportamiento desorganizado y lenguaje desorganizado que son cíclicas pueden ser por periodos dependiendo de las características de cada paciente así serán las variaciones, hay pacientes que hacen un episodio y controlan con medicación y en la vida vuelven a hacer y pueden llegar a ser médicos, abogados funciona sin problema con la esquizofrenia y otros con un deterioro severo que entran en crisis y nunca salen. El diagnóstico que tiene este individuo es esquizofrenia indiferenciada, no lo he vuelto a valorar, pero ese es el diagnóstico, que es una enfermedad crónica, el de Carlos Alfredo es una esquizofrenia indiferenciada.

Apoderada del Hospital Universitario: ¿De acuerdo a su respuesta anterior, los factores que usted ha mencionado que influyen en la desestabilización de estos pacientes con esta patología de esquizofrenia?

Contestó: múltiples factores, es clara la no adherencia al tratamiento, la red de apoyo familiar suficiente, las crisis, los periodos de crisis hacen que nosotros hablemos en enfermedad mental de signos, síntomas o criterios de mejor o peor pronóstico, dentro de los mejor pronóstico es adherencia al tratamiento, periodos Inter crisis entre una y otra crisis más prolongado, buena red de apoyo, ausencia de consumo de sustancias, una vida saludable, esos son factores protectores y los factores de riesgo para que la enfermedad se manifieste más desorganizada o con más frecuencia son la no adherencia farmacológica, el consumo múltiple de sustancias psicoactivas, ya una sustancia es factor grave, el hecho de dos o tres sustancias diferentes agravaba más la sintomatología psicótica, la mala red de apoyo, la mala adherencia al tratamiento y una vida no saludable.

Apoderada del Hospital Universitario: ¿cuáles fueron los factores de riesgo que hicieron que el señor Carlos Piedrahita regresara nuevamente al hospital por urgencias?

CONTESTÓ: EN EL CASO LO QUE ESTÁ DOCUMENTANDO EN LA HISTORIA CLÍNICA PREVIA PARA EL MES DE AGOSTO DE 2013, ERA QUE EL PACIENTE HABÍA SALIDO CON DOSIS DE CLOZAPINA DE 400MG, SIN CONSUMO Y HABÍA ESTADO ASINTOMÁTICO, ES DECIR, LA SINTOMATOLOGÍA PSICÓTICA POR LA QUE HABÍA INGRESADO SE HABÍA CONTROLADO. CUANDO REGRESA ESTE INDIVIDUO DOS MESES DESPUÉS SE DESCRIBE INCLUSIVE POR PARTE DE LA FAMILIA QUE EL PACIENTE LUEGO DE EGRESADO ABANDONÓ EL TRATAMIENTO, AL ABANDONAR EL TRATAMIENTO RETOMA ADEMÁS EL CONSUMO DE SUSTANCIAS, DOS FACTORES DE RIESGO IMPORTANTES PARA LA DESCOMPENSACIÓN PSICÓTICA. Lo que llama poderosamente la atención es que dejaron pasar dos meses desde la salida del paciente y la retoma de la hospitalización donde incluso las dos situaciones de hospitalización la de junio de 2013 y octubre de 2013, solo fue llevado por parte de la familia en caso de una situación bastante delicada. Una por la tentativa de homicidio que fue la previa y la otra por el homicidio, cuando los pacientes egresan de la hospitalización en términos generales siempre es mandatorio por protocolo dar los signos de alarma a la familia, porque el paciente en enfermedades como esta son enfermedades que el individuo no hace consciencia que las tiene. Por eso se habla de delirios y que su juicio de realidad se encuentra alterado. Estos pacientes no tienen la responsabilidad de tener una adherencia al tratamiento. Si no se les supervisa el paciente abandona inmediatamente el tratamiento, caso del paciente como se documenta en la historia, que egresa y luego del egreso deja de tomar el medicamento con un agravante que es consumidor de sustancias psicoactivas, todos los estudios a nivel internacional apuntan a que es un factor de alto riesgo para descompensación de la enfermedad mental.

En el caso del señor Piedrahita como se documenta y la misma familia describió él al salir de la

hospitalización abandona el tratamiento, la familia empieza a darle el tratamiento intermitentemente oculto en los alimentos y describen que vuelve a consumir, pero el paciente con todo y que se le dieron signos de alarma a la familia no lo llevaron en el momento, por ejemplo si empieza a ver que empieza a tener cambios de comportamiento, deja el medicamento, esta consumiendo, empieza a poner agresivo **no espere a que este totalmente descompensado para traerlo.” el hospital universitario tiene una ventaja tiene emergencias las 24 horas del día, siempre hay un psiquiatra en el hospital” los familiares tienen claridad que el servicio está a la mano y que es mandatorio que si el paciente empieza descompensarse lo deben llevar a urgencias para saber si con la atención especializada uno dice ya si puede seguir siendo tratado ambulatoriamente, se refuerza la medicación, se hace algo o definitivamente el riesgo es alto que el paciente no vaya a seguir el tratamiento por estos factores entonces se debe hospitalizar”**

En el caso del señor Piedrahita hay una situación complicada cuando hubo la tentativa del homicidio lo mismo que sucedió con el homicidio, las dos historias fueron similares.

Hay una ley de discapacidad e incluyen las mentales y no podemos vulnerar los derechos de los pacientes porque tengan una discapacidad mental si el paciente con la discapacidad mental como en este caso la esquizofrenia se encuentra compensado, estable y sin ninguna sintomatología no podemos retenerlo en una hospitalización, porque la psiquiatría que estamos utilizando en el mundo no solo en Colombia ha evolucionado a dejar de ser los manicomios como se planteaba donde se cogían a los enfermos mentales y los tiraban y pasaban 10 o 20 años encerrados, donde se deterioraban y no se reintegraban a la sociedad. La ley de discapacidad va encaminada a que el individuo sea reintegrado a la sociedad funcionalmente. Cuando tenemos enfermos mentales con descompensación cuando ya el paciente esta compensado y ya no esta psicótico **NO PODEMOS** retener al paciente obligatoriamente porque es ilegal, porque nos pueden acusar de secuestro e internación forzosa.

La ley de discapacidad dice para dejar a un paciente en una unidad aguda debe tener unos criterios y si el paciente luego de compensar requiere una hospitalización prolongada el juez de familia podrá evaluar y determinar esa condición **NO SE PUEDE RETENER OBLIGATORIAMENTE al paciente.**

Podemos hospitalizar sin autorización jurídica cuando el paciente esta salido de la realidad, pierde el derecho a poder manejarse, lo que prima es la salud y vida de ese paciente así el mismo no se quiera hospitalizar, pero en el momento en que ya se conecte de la realidad tenga la enfermedad que tenga tiene el derecho de pedir incluso su alta voluntaria”

En este caso la fiscalía no busco a los entes del hospital para ver en que iba la situación en el segundo caso la fiscalía no permitía que el paciente fuera dado de alta, argumentando que no tenían donde llevarlo. Hubo mucha discusión con la fiscalía y se les explicó que el paciente ya estaba compensado que él no necesitaba una unidad de agudos. Quien duro más de un año hospitalizado, es decir, cuando el paciente ya no estaba psicótico, vulnerándosele derechos de discapacidad por un proceso judicial que no se le había definido.

El paciente con discapacidad mental no es un paciente con discapacidad absoluta, él tiene derechos hasta que un juez de familia no determine por ejemplo que es un interdicto para que pierda sus derechos civiles.

El 25 de octubre de 2013 se obligó la hospitalización porque estaba evidentemente psicótico, porque representaba un riesgo para si mismo y terceros.

Me preguntan si a futuro el individuo va a volver a cometer un delito yo les respondo no tengo una bola de cristal y menos en salud mental, pues hay múltiples factores, donde el paciente nunca me haga una crisis o tenga multiplex que en un mes lo tenga nuevamente desorganizado, por eso nosotros no hablamos que pasara en unos años o meses. **Pero en el momento en que evaluamos con la residente había claros síntomas psicóticos que obligaban a hospitalizarlo, el proceso penal iba por otro lado.**

LA FAMILIA TIENE UN ROL INDISPENSABLE EN EL MANEJO DE ENFERMEDADES MENTALES PORQUE EL PACIENTE PER SE NO TIENE CONSCIENCIA DE SU ENFERMEDAD. LA VIGILANCIA Y SUPERVISIÓN DEL PACIENTE RECAE EN LA FAMILIA. Por eso damos signos de alarma, por eso se le dice a la familia mire necesito que este

pendiente, vigile al paciente, mire los cambios que se van presentando NO ESPERE A QUE LLEGUE A ESTAR MAS DESORGANIZADO O QUE SUCEDA ALGO PARA TRAERLO A URGENCIAS Y LOS CONTROLES POR CONSULTA EXTERNA. SIEMPRE QUE EL PACIENTE SALE DE HOSPITALIZACION SALE CON ORDEN DE CONSULTA EXTERNA INMEDIATA A LOS 15 DIAS MÁXIMO 1 MES PORQUE SALE DE UNA FASE AGUDA A UN PROCESO ADAPTATIVO A LA CASA. PORQUE EN EL CONTROL NOS DAMOS CUENTA SI EL PACIENTE ESTA BIEN O ESTA MAL, SI UNO LO VE MAL LO MANDA A HOSPITALIZAR. EL PACIENTE SALIO EN AGOSTO, PERO NO TUVO CONTROL EN SEPTIEMBRE O A PRINCIPIOS DE OCTUBRE.

EL HOSPITAL TIENE UN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO QUIENES ESTAN ENTRENADOS DESDE SUS AREAS PARA HACER LA PSICOEDUCACIÓN DE LA FAMILIA DEL PACIENTE PARA SU MANEJO. EN ESTE CASO SE HIZO MUCHO ENFASIS PORQUE HABIA UNA TENTATIVA DE HOMICIDIO PREVIA.

ANTES DE LA PSIQUIATRIA MODERNA, ESTO ES 1960 A LOS PACIENTES SE LOS CONFINABA HASTA QUE SE MURIERAN. ANTES NO HABIAN OTROS ALTERNATIVAS.

NO SOMOS EXPERTOS PARA PACIENTES CON ENFERMEDADES CRONICAS, INCLUSO LAS QUE HABÍA EN EL PAIS HAN IDO DESAPARECIENDO PORQUE EL MODELO NO ES CONFINAR AL PACIENTE ES BUSCAR LA REINTEGRACION DEL MISMO A LA SOCIEDAD CONFORME A LA LEY DE DISCAPACIDAD.

DE ACUERDO A LOS PROTOCOLOS EL PACIENTE SE HOSPITALIZA CUANDO HAY RIESGO DE AUTOAGRESION Y HETERO AGRESIÓN POR LA ENFERMEDAD MENTAL Y QUE CONCOMITANTEMENTE EXISTA RIESGOS ASOCIADOS.

Nosotros tenemos un programa que se llama psiquiatría comunitaria y es cuando los pacientes no tienen red de apoyo quienes siguen a esos pacientes y se les brinda red de apoyo institucional. Si vemos que no tiene red de apoyo el hospital si lo asume. En este caso el hospital es un pilar de base, pero la red de apoyo principal es SU FAMILIA.

Si el paciente se pone agresivo y no quiere ir a la institución la familia puede recibir apoyo de otras instituciones como la policía.

CUANDO EL PACIENTE ENTRA DE LA PUERTA PARA ADENTRO ES NUESTRA RESPONSABILIDAD.

PARA EL 09 DE SEPTIEMBRE DEL 2014, PARA ESE MOMENTO NO HABÍA RECOMENDACIÓN DE MANEJO AMBULATORIO PARA ESE DÍA.

La psicosis de la enfermedad es un momento puntual, que en algunos casos puede prolongarse más pero no es continuo. Llegamos a un punto que revierta la sintomatología en el caso del individuo cuando se expidió la recomendación no había revertido.

El paciente seguía teniendo su diagnóstico de la esquizofrenia, pero ya no estaba psicótico

➤ **Dra. SANDRA VIVIANA RIOS CASTAÑEDA**

Refiere que no atendió directamente al paciente, pero como subdirectora científica emitió el acta de no conciliación No. 11 del 17 de noviembre de 2017 vista a folios 165 a 167 del cuaderno principal con el argumento de falta de responsabilidad de la entidad por cuanto el paciente fue atendido bajo los protocolos médicos.

6.3 CASO CONCRETO:

Conforme la historia clínica del señor Carlos Alfredo Piedrahita Ríos se tiene que:

- es un enfermo psiquiátrico **crónico** con diagnóstico de esquizofrenia indiferenciada asociada al consumo a sustancias psicoactivas, entre ellas la marihuana.
- En diciembre de 2008 acudió en primera oportunidad al Hospital Psiquiátrico por urgencias con historia de 02 años de evolución, fue hospitalizado con diagnóstico de síndrome de esquizofreniforme e inició manejo farmacológico.
- Subsiguientemente asistió a controles por consulta externa de manera intermitente durante los años 2009, 2010, 2011 y 2012, con la advertencia de pobre red de apoyo familiar y poca adherencia al tratamiento farmacológico en el año 2012, pese a la psicoeducación brindada.
- Al año siguiente, esto es, 25 de junio de 2013, regresó por urgencias con la advertencia que había intentado asesinar a su hermano Jhon Eduwin Piedrahita Ríos, **por ese hecho no se efectuó denuncia conforme fue manifestado por su hermana Sandra Patricia Macías Ríos**, en la versión rendida en el proceso penal 760016000193201330884, en ese momento requirió hospitalización hasta el **14 de agosto de 2013**; durante dicha estadía **recibió terapias electroconvulsivas, tratamiento farmacológico, 6 terapias electroconvulsivas y terapias ocupacionales**; su egreso se ordenó dada su buena evolución al tratamiento instaurado y a que no presentaba más síntomas agudos, se dieron indicaciones de consulta externa con la especialidad en psiquiatría en 15 días y orden de medicamentos, esto es, clozapina 400 mg día, pipotiazina ampolla y levomepromazina.
- El 24 de octubre de 2013 el señor Carlos Alfredo Piedrahita le cegó la vida a su hermano Jhon Eduwin Piedrahita Ríos.
- El señor Carlos Alfredo Piedrahita regresó por urgencias el 25 de octubre de 2013 al hospital Universitario del Valle, nuevamente por urgencias, fue recibido por el Dr. Ballesteros quien manifestó que se trata de un paciente conocido en la institución con dos hospitalizaciones previas, actualmente con síntomas esquizofreniformes, delirios místicos, de grandeza de referencia, de trasmisión del pensamiento, alucinaciones visuales, quien desde su última hospitalización no asiste a controles y no hay adherencia al tratamiento y conforme a lo manifestado por su hermano el paciente había abandonado el consumo de los medicamentos formulados.

Esta operadora judicial considera que, si bien no cabe duda de la existencia del daño

padecido por los demandantes, esto es, la muerte del señor Jhon Eduwin Piedrahita Ríos a manos de Carlos Alfredo Piedrahita⁵ no resulta ello reprochable a la entidad demandada de quien se pregona una omisión al no brindarle atención hospitalaria permanente y darlo de alta el 14 de agosto de 2013 conforme las siguientes consideraciones:

La muerte de Jhon Eduwin Piedrahita, ocurrió el 24 de octubre de 2013 cuando el señor Carlos Alfredo Piedrahita ya no se encontraba bajo la custodia del hospital, por tanto, no es procedente endilgarle posición de garante.

La parte accionante se cuestiona si los medicamentos formulados al paciente eran los adecuados para tratar sus síntomas psicóticos, no obstante, no aportó evidencia científica o pericial que desacreditara que la clozapina 400 mg día en su dosis máxima no era el medicamento que se debía formular.

Cuestionaron la falta de capacitación a la familia para la atención del paciente en casa, sin embargo, de la historia clínica se advierte que por parte de terapia ocupacional si se efectuaron capacitaciones a la familia y existió psicoeducación en el consumo de medicamentos al egreso del paciente, esto es, 14 de agosto de 2013. Así mismo, se debe recordar que las relaciones personales y asistenciales deben ser recíprocas, es decir, el centro médico brinda la psicoeducación y la familia debía cumplir sus recomendaciones.

De igual manera, se cuestionaron si en el hospital psiquiátrico se tomaron las precauciones relacionadas con la mayor carga de **solidaridad**, habida cuenta del compromiso de cuidar y tratar la salud mental de Carlos Alfredo, quien por sus niveles de agresión generaba un posible riesgo social y personal.

En este punto, se debe indicar que de acuerdo con lo dispuesto en los artículos 65 de la Ley 1438 de 2011, 24 del Acuerdo 029 de 2011 y 13 de la Ley 1616 de 2013, la atención en salud mental y las demás tecnologías en salud asociadas a esa especialidad, son prestaciones que se encuentran incluidas dentro de los beneficios del Plan Obligatorio de Salud y, por tanto, deben ser garantizadas por el Estado a través de las entidades prestadoras del servicio de salud.

⁵conforme se ve en el registro civil de defunción No. 08558617 y proceso penal No. 760016000193201330884.

En pacientes que presentan afectaciones a la salud mental, la Corte en la Sentencia T-558 de 2005⁶ resaltó la importancia que tiene para la medicina psiquiátrica el apoyo y acompañamiento del núcleo familiar. Al respecto precisó:

“Recuérdese que lo más recomendado por la medicina psiquiátrica es que el manejo de la enfermedad y su rehabilitación se realice dentro de su medio social, con el apoyo de la familia del paciente. Unidos por lazos de afecto, se espera que de manera espontánea los parientes adelanten actuaciones solidarias que contribuyan al desarrollo del tratamiento, colaborando en la asistencia a las consultas y a las terapias, supervisando el consumo de los medicamentos, estimulando emocionalmente al paciente y favoreciendo su estabilidad y bienestar. Evidentemente, bajo la orientación y coordinación de las entidades que conforman el sistema General de Seguridad Social en Salud pues, aun cuando la familia asuma la responsabilidad por el enfermo, dichas entidades no se eximen de prestar los servicios médicos asistenciales que sus afiliados requieran.”

Empero, la jurisprudencia constitucional ha desarrollado una excepción frente a la responsabilidad primaria de apoyo y acompañamiento que recae en la familia del paciente que padece un trastorno o enfermedad mental. Sobre este punto, señaló que aun cuando a la familia le compete, en primer lugar, participar activamente en el tratamiento que demande la enfermedad que sufre su familiar, en los casos en que, como núcleo familiar, se encuentren en imposibilidad física, emocional o económica para continuar asumiendo el cuidado y protección del mismo, una vez este impedimento sea comprobado plenamente, el Estado deberá asumir la responsabilidad total de ayuda y cuidado del paciente⁷. No obstante, para que el Estado, a través de las entidades públicas y privadas que hacen parte del Sistema de Seguridad Social en Salud, asuma directamente la prestación y el costo del tratamiento o del respectivo procedimiento, incluyendo la internación en un centro especializado, es necesario que se presente alguna de las siguientes situaciones: **(i) que la persona aquejada por la enfermedad mental se encuentre en estado de abandono y carezca de apoyo familiar y/o**⁸; **(ii) que los parientes del enfermo no cuenten con la capacidad física, emocional⁹ o económica¹⁰ requerida para asumir las obligaciones que se derivan del padecimiento de su ser querido¹¹**. Al respecto, cabe resaltar que, mientras en el primer escenario, se abarcaron circunstancias extremas como la indigencia, en el segundo, se quiso hacer referencia a aquellas situaciones particulares en las que, a pesar de que la persona que padece una enfermedad o trastorno mental cuenta con un núcleo familiar, este no tiene suficientes recursos físicos, económicos y emocionales para garantizar su cuidado.

⁶ M. P. Rodrigo Escobar Gil.

⁷ Sentencia T-024 de 2014, M.P. Gabriel Eduardo Mendoza Martelo.

⁸ Sentencia T-401 de 1992, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

⁹ Sentencia T-398 de 2000, M.P. Eduardo Cifuentes Muñoz.

¹⁰ Sentencia T-851 de 1999, M.P. Vladimiro Naranjo Mesa.

¹¹ Sentencia T-867 de 2008, M. P. Rodrigo Escobar Gil.

Así pues, en lo correspondiente a la medida de internamiento u hospitalización del paciente, en que si bien el procedimiento de hospitalización **tiene un carácter excepcional y transitorio, por cuanto, para la mayoría de los casos, su finalidad es estabilizar al paciente que atraviesa periodos en los que la enfermedad se torna grave y no es posible controlarla ambulatoriamente; lo cierto es que, la internación también se puede presentar como un mecanismo de protección y seguridad, tanto para la persona que presenta un trastorno o enfermedad mental como para sus familiares.** Por consiguiente, se dará protección al paciente a través de la prestación del servicio de salud en centro especializado, cuando **la atención suministrada por el núcleo familiar no se ajusta a las indicaciones médicas o atenta contra su integridad física o mental, y a la familia, cuando la situación del paciente es tan grave, que trasciende la afectación a los derechos fundamentales de las personas que le rodean.**¹²

Con base en lo expuesto, se tiene que el paciente estaba afiliado a la Eps del régimen subsidiado Emssanar quien en ningún momento le negó el acceso a ningún servicio de salud. De igual forma, al ser un paciente crónico en el hospital psiquiátrico se le brindó la atención medica requerida, al punto que **fue estabilizado, es decir, seguía teniendo su diagnóstico de la esquizofrenia, pero ya no estaba psicótico, por tanto fue dado de alta con indicaciones y devuelto a su núcleo familiar pues tenía un arraigo, quienes no manifestaron oposición alguna como tampoco emprendieron las acciones legales pertinentes en pro de que el mismo siguiera siendo atendido bajo internamiento por representar un peligro para si mismo como para ellos conforme lo dispuesto en la Ley 1306 de 2009.** Así mismo, llama la atención que sobre el hecho de tentativa de homicidio de junio de 2013 tampoco se emprendieron las acciones legales pese a la gravedad del hecho. Sumado a lo anterior, **una vez superada la crisis psicótica y estabilizado el paciente la entidad hospitalaria no podía retener al paciente sin una orden judicial que se lo ordenara conforme lo señalado en la Ley 1306 de 2009.**

De otra parte, esta operadora judicial considera que en el asunto de la referencia se presentó falta de adherencia al tratamiento médico por cuanto el paciente al parecer no tomó el medicamento formulado desde el 14 de agosto de 2013, pues según lo informado por su hermano el 25 de octubre de ese mismo año, se lo daban diluido en las comidas, **PERO NO TIENEN CERTEZA SI LO TOMABA O NO,** circunstancia que **PUDO SER UN SIGNO DE ALARMA DE SU DESCOMPOSICIÓN PARA ACUDIR AL**

¹² Sentencia T-879 de 2007, M. P. Rodrigo Escobar Gil

CENTRO MEDICO QUIEN CUENTA CON URGENCIAS LAS 24 HORAS DEL DÍA. De igual forma el paciente no asistió a las citas de control con la especialidad en psiquiatría, en los 15 días siguientes al egreso, lo que hubiera permitido verificar las condiciones del paciente a esa fecha, entre ellas, subir o bajar la dosis, posibilidad de internar al paciente, entre otros, hecho que tampoco se puso en conocimiento del hospital o de alguna autoridad policial para la conducción del mismo.

De conformidad con lo anteriormente planteado, es dable colegir que no existe nexo causal entre el actuar del paciente y la disposición de su egreso del Hospital, pues según el acervo probatorio la decisión de darle de alta el 14 de agosto de 2013 fue conforme a los protocolos médicos pues el paciente crónico estaba estable y sin síntomas psicóticos y sin ideas suicidas u homicidas, razón suficiente para denegar las pretensiones de la demanda.

7. COSTAS.

Atendiendo que no existe una actuación procesal pasible de su imposición, no se condenará en costas ni en agencias en derecho artículo 188 de la Ley 1437 de 2011 con la modificación de la Ley 2080 de 2021.

En virtud de lo expuesto, el Juzgado Décimo Administrativo del Circuito Judicial de Cali, del Valle del Cauca, Administrando Justicia en nombre de la República y por autoridad de la Ley,

FALLA:

PRIMERO. NEGAR las pretensiones de la demanda.

SEGUNDO: SIN COSTAS.

TERCERO: Ejecutoriada esta providencia, **ARCHÍVESE** el expediente, previas constancias secretariales de rigor.

CÓPIESE, NOTIFÍQUESE Y CÚMPLASE

**PAOLA ANDREA BEJARANO VERGARA.
JUEZ**